

REKREATION OCH PSYKISK HÄLSA

DOKUMENTATION OCH ANALYS AV FORSKNING OM HUR
REKREATIONENS INRIKTNING OCH KVALITET KAN FÖRBÄTTRA
PSYKISK HÄLSA OCH BEHANDLINGEN AV PSYKISK OHÄLSA.

INGEMAR NORLING

Sektionen för vårdforskning,

Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Göteborg, 2001.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	SAMMANFATTNING
2	INTRODUKTION OCH SYFTEN
2.1	Olika syften med rapporten.
3	OM VIKTIGA BEGREPP OCH METODER FÖR DOKUMENTATION
3.1	Viktiga begrepp.
3.2	Metodik för dokumentation av utländsk forskning.
3.3	Bearbetning av svenskt folkhälsomaterial.
3.4	Avgränsning och hänvisning till närliggande undersökningar av hindrade grupper.
4	DEN PSYKISKA OHÄLSANS OMFATTNING OCH BETYDELSE
5	REKREATIONENS BETYDELSE FÖR PSYKISK OHÄLSA
5.1	Vad styr hälsoläget, en orsaksmo dell .
5.2	Rekreationens relativa betydelse.
5.3	Svenska studier av rekreationens och livsstilens betydelse för den del av befolkningen, 16 – 92 år, som har lågt psykiskt hä lsoläge .
5.4	Utländska analyser av rekreationens allmänna betydelse för psykisk hä lsa .
5.5	Rekreationens roll i vård samverkan mellan olika yrkesgrupper, synsätt och teorier.
6	REKREATIONENS INVERKAN. OM EFFEKTER OCH EFFEKTKEDJOR
6.1	Olika typer av effekter och effektked jor .
6.2	Allmänna effekter på psykisk och fysisk hä lsa och livskvalitet.
6.3	Specifika effekter av rekreation i samband med psykisk ohä lsa .
7	OLIKA TYPER AV ÅTGÄRDER
7.1	Rekreationens roll vid behandling av depression.
7.1.1	Orsaksanalys och aktuella insatser.
7.1.2	Depressionens konsekvenser och effekter.
7.1.3	Behandling av depression med terapeutisk rekreation (TR), några exempel.
7.1.4	Rekreation och depression hos kvinnor.
7.2	Rekreation och schizofreni.
7.3	Naturbaserade aktiviteter och psykisk hä lsa .
7.4	Djur och psykisk hä lsa .
7.5	TV och passiv livsstil och psykisk hä lsa .
7.6	Anknytning till rekreation förbättrar psykoterapi.
7.7	Sammanfattning av forskning om insatser och effekter inom terapeutisk rekreation för psykiskt funktionshindrade fram till 1991 utförd vid Temple University.
8	AVSLUTANDE KOMMENTAR
9	REFERENSER

Beställning/Kontakt
Janne Strömstedt, projektledare
Tel: 063-18 03 90 Fax: 063-18 03 91
e-post: rekreation@telia.com

1 SAMMANFATTNING

Rapportens syften är bl.a. att förtydliga rekreationens betydelse för psykisk hälsa och ohälsa, att beskriva de miljöer och aktiviteter inom rekreation som är stödjande och hälsofrämjande inom egenvård och behandling, att beskriva metoder och program som givit bra resultat och att ge exempel på psykiska, sociala, medicinska, fysiska och ekonomiska effekter och effektkedjor av central betydelse för psykiskt funktionshinder, som den internationella forskningen påvisat.

Rapportens innehåll styrs i huvudsak av den forskning som är tillgänglig i olika databaser och i olika internationella expertkontakter men också av de stora statistiska material från folkhälsoundersökningar i Västsverige som finns lagrade på Sektionen för vårdforskning, Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

De läsare som är särskilt intresserade av rekreation och psykisk ohälsa hos äldre eller hos utvecklingsstörda hänvisas till Norling (1999) respektive Norling, Schleien & Bender (1993). Är ni intresserade av det svenska folkhälsomaterialet (16 – 92 år) hänvisas till Norling (1996). Har ni andra specialintressen hänvisas till rapportens över 100 referenser. Räcker inte det kan ni ringa eller faxa till 031-28 05 29.

Rekreationens aktiviteter och miljöer som friluftsliv, trädgård, djur, umgänge, kultur, hobbies, fiske och jakt, bad och båt, musik, utgör en väsentlig del av livsstil och miljöer som till över 70 % dominerar orsaksmonstret när det gäller psykisk hälsa.

Analys av svenska folkhälsoundersökningar, 16 – 92 år, visar att rekreationens inriktning och kvalitet har extremt stor betydelse för det psykiska hälsoläget, för egenvård och skydd som buffring och coping. Arbete och materiella faktorer tycks ha mera begränsad betydelse. Resultaten stöds av utländsk forskning.

Jämförelser av befolkningsgrupper, 16 – 92 år, med sämre och bättre psykiskt hälsoläge visar att de med sämre har färre hälsofrämjande aktiviteter i sin livsstil men också en mera passiv, lågstimulerande f.a. med dominerande inslag av TV, spel och musiklyssnande. De med bättre psykiskt hälsoläge har en större repertoar av aktiviteter och med större inslag av naturbaserade aktiviteter som friluftsliv, trädgård och liknande.

Analys av de aktiviteter som särskilt utmärker den psykiskt friskare befolkningen d.v.s. de naturbaserade, visar att de ger en bred allsidig psykisk, social och fysisk stimulans, bedöms av en majoritet av befolkningen ha högt hälsovärde och har särskilt goda effekter vid behandling av psykisk ohälsa. Analysen förstärks av att en omfattande hälsoforskning visar att vi för att må bra psykiskt och fysiskt och klara påfrestningar behöver vara aktiva tillräckligt och optimalt både psykiskt, socialt och fysiskt.

I flera kapitel i rapporten refereras olika typer av resultat. Enskilda effekter av insatser inom rekreation t.ex. förbättrad sinnesstämning eller minskad ångest beskrivs som länkar i en kedja av effekter. Psykiska, sociala, fysiologiska, fysiska och ekonomiska effekter utgör kedjor av orsaker och effekter inom en och samma process. Det är en spridd uppfattning inom forskningen och med stöd av WHO att det sammanfattande begreppet livskvalitet är slutmålet eller sista länken i effektkedjan. Det är också viktigt att förstå hur t.ex. en förbättrad sinnesstämning kan leda till en rad fysiologiska förändringar t.ex. förbättrat immunförsvar, till förbättrad gemenskap och integration och till minskat vårdberoende och lägre vårdkostnader.

I det sista kapitlet refereras forskning om olika framgångsrika åtgärder:

- En omfattande forskning om rekreation och depression påvisar goda resultat och bra metoder inom både egenvård och professionell behandling. Ett särskilt avsnitt behandlar kvinnors depression som ju är mycket omfattande.
- Ett avsnitt behandlar rekreation och schizofreni där ett flertal framgångsrika åtgärder och program refereras. Bl.a. visar sig utbildning och rådgivning inom rekreation (leisure education och leisure counseling) ge bra resultat. Samma gäller naturbaserade aktiviteter och ” Animal Assisted Therapy ” t.ex. ridning.
- I tre avsnitt refereras olika aktiviteter och miljöer med särskilt viktiga effekter: naturbaserade, djur och TV. De två första har mycket goda effekter både inom egenvård och professionell behandling. TV däremot utgör en allvarlig risk för många psykiskt funktionshindrade. TV tittan det är extremt lågstimulerande f.a. fysiskt och socialt men delvis också psykiskt. Det blir direkt hälsohotande när det får sådan omfattning att det dominerar livsstilen och den totala aktivitetsnivån blir alldeles för låg och passiv.
- Metodutveckling inom psykoterapi visar att om terapin kombineras med f.a. naturbaserad rekreation, förbättras resultaten i en rad viktiga avseenden. En mängd intressanta studier refereras i ett särskilt avsnitt.

2 INTRODUKTION OCH SYFTEN

Rapporten handlar om relationen mellan psykisk hälsa f.a. ohälsa och de aktiviteter, miljöer och livsstilar som finns inom området rekreation – fritid – kultur och som ligger utanför arbete och arbetsmiljö.

2.1 OLIKA SYFTEN MED RAPPORTEN.

- Dokumentation och analys av aktuell internationell forskning inom området.

Forskning och praxis är omfattande men i huvudsak utanför Sverige, f.a. i USA, Kanada och Australien. Dokumentationen har avgränsats till rapporter med god vetenskaplig standard. S.k. anekdotisk evidens t.ex. fallbeskrivningar utan kontroller och statistiskt underlag har inte tagits med. Resultat, som relevanta hälsoeffekter, har betonats extra eftersom intresset härför är stort. Samma bedömning har gjorts angående effekter och vetenskapliga krav av Temple University i den översikt som gjordes i början på 90-talet (Benefits of Therapeutic Recreation).

- Förbättra egenvård, vård och omsorg för personer med psykisk ohälsa.

Internationellt finns en stark kritik av den traditionella, biomedicinska vården bl.a. för bristfälliga resultat, höga kostnader, hjälp till för få bl.a. inom förebyggande vård och eftervård. Det finns idag omfattande vetenskapliga belägg för att s.k. therapeutic recreation kan ge goda effekter, förbättra befintlig metodik, nå fler och vara kostnadseffektiv. Professionell verksamhet av denna typ förekommer endast i begränsad utsträckning i Sverige.

- Utveckla svaga punkter i den nuvarande vårdstrategin. Anknyter till WHO:s principer.
- Stärka baskunskap och metodik inom förebyggande verksamhet.
- Identifiera stödjande miljöer och hälsofrämjande aktiviteter.
- Stärka baskunskap och metodik inom eftervård och rehabilitering i naturliga miljöer.
- Utveckla metodik som fungerar bra ”i huvudsak utanför traditionell vård”.
- Utveckla baskunskap för kompetensutveckling och personalutbildning. Eftersom kursmaterial och utbildning saknas är behovet stort.
- Avlasta den traditionella vården inom området.

3 OM VIKTIGA BEGREPP OCH METODER FÖR DOKUMENTATION

3.1 VIKTIGA BEGREPP.

Rekreation avser här de psykiska, fysiska och medicinska effekter och effektkedjor som uppkommer när vi sysslar med fritidsaktiviteter i tillhörande miljöer. Avser ofta positiva effekter som ökad stresstolerans, förbättrad fysik, minskad depression och ångest eller ökad buffring mot t.ex. hjärt – kärlsjukdom eller benskörhet (Compton & Iso-Ahola, 1994; Norling, 1996, 1999).

Rekreativaktiviteter och tillhörande miljöer kan operationellt beskrivas med den standardiserade och faktorbaserade s.k. 18-listan med de viktigaste typerna av aktiviteter:

- 1 friluftsliv
 - 2 trädgård, fritidshus, koloni
 - 3 djur
 - 4 kultur
 - 5 TV, video, bio
 - 6 föreningsliv
 - 7 motion, gymnastik, jazzdans, jogging och liknande
 - 8 anläggningsidrott
 - 9 bad, båt, segling
 - 10 fiske, jakt, skytte
 - 11 hobby som handarbete, meka
 - 12 musik, spela, sjunga, lyssna
 - 13 religiösa aktiviteter
 - 14 nöjen som restaurang, dans
 - 15 bollspel
 - 16 åskådare på idrott
 - 17 umgänge med familj, släkt och vänner
 - 18 spel som tips, trav, bingo
- (NORLING, 1996)

Denna lista används i de folkhälsoundersökningar som refereras senare.

Psykisk hälsa – ohälsa, psykiska funktionshinder och handikapp, psykoser etc preciseras på olika sätt beroende på vilka material som refereras. En del material t.ex. från Templerapporten knyter an till den internationella DSM – listan. Mera avgränsade rapporter t.ex. om depression, preciserar de typer av psykisk ohälsa som studeras. Det svenska populationsmaterialet som redovisas utgår från den operationella definition som ingår i det internationella och i Sverige standardiserade hälsoformuläret SF – 36. I den ena av analyserna används en summafaktor för psykisk hälsa från de 8 delskalorna. I den andra analysen används enbart "Mental health – skalan" (Coyle m.fl. 1991; Compton & Iso-Ahola, 1994; Sullivan & Karlsson, 1994).

3.2 METODIK FÖR DOKUMENTATION AV UTLÄNDSK FORSKNING.

Sök i olika aktuella databaser och tidskrifter. Har utförts av Biomedicinska biblioteket vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Utfallet blev c:a 800 abstracts som sedan analyserats och följts upp.

Speciella rapporter, böcker, statliga och federala utredningar utanför och ovanför den sedvanliga forskningsrapporteringen har skaffats genom direkta kontakter med berörda organisationer och aktuella experter.

3.3 BEARBETNING AV SVENSKT FOLKHÄLSOMATERIAL.

Riktad bearbetning av befintliga statistiska material vid Sektionen för vårdforskning, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg. Kommer från folkhälsoundersökningar av befolkningen i Västsverige 16 – 92 år på tillsammans c:a 11.000 personer. Med hjälp av SF – 36 kan grupper med god eller mindre god psykisk hälsa plockas ut och sedan studeras med avseende på bakgrundsfaktorer som samvarierar med hälsoläget, grad av egenkontroll över tillvaron, fritidens relativa betydelse t.ex. jämfört med arbete, boende, ekonomi. Särskilt viktigt är hur livsstilen inom rekreation ser ut för de olika grupperna t.ex. om psykisk ohälsa är kopplad till en passiv, lågstimulerande livsstil med mycket TV och musiklyssnande och låg fysisk aktivitetsnivå som är fallet med flera andra handikappgrupper (Norling, 1993, 1996, 1999).

3.4 AVGRÄNSNING OCH HÄNVISNING TILL NÄRLIGGANDE UNDERSÖKNINGAR AV HINDRADE GRUPPER.

Liknande undersökningar som denna har gjorts på flera hindrade grupper där psykisk ohälsa ingår. De mest aktuella är:

Norling, Schleien & Bender (1993): Fritid och rekreation för utvecklingsstörda, FUB och Göteborgs universitet.

Norling, I (1999): Om hur fritid – kultur – rekreation påverkar äldres hälsa. Sekt. För vårdforskning, Sahlgrenska US och Svenska Kommunförbundet, Svenskt nätverk för lokalt folkhälsoarbete, Sektionen för äldreomsorg och sjukvård.

I dessa rapporter finns en hel del relevant material om psykisk hälsa och rekreation varför intresserade av dessa grupper hänvisas dit. Om oklarhet uppstår, ring eller faxa 031-28 05 29.

När det gäller rapportens innehåll så styrs det f.a. av tillgången på forskningsmaterial i databaserna och olika expertkontakter. Så t.ex. leder det till att det finns rätt mycket om naturbaserade miljöer och aktiviteter eller depression men rätt lite om kulturella aktiviteter. I det senare fallet finns en hel del s.k. anecdotal evidence, som inte kommer med eftersom den vetenskapliga standarden är för låg. Samma sak gäller en del av forskningen om djur i vården men där finns tillräckligt av god standard för att få fram ett bra underlag.

Djur i vården har fått ökad aktualitet genom att SLU i Skara tillsammans med en grupp experter under år 2000 utvecklat och startat en kurs i ämnet. Se också avsnitt 7.4.

Samspelet mellan rekreation och barns psykiska ohälsa har fått mindre utrymme än önskvärt i rapporten. Här kan hänvisas till forskning om barns lek, till Norling, m.fl. (1993) samt Schleiens forskning. Inkomna abstracts från 90-talet handlar i stor utsträckning om autism och ätstörningar.

4 DEN PSYKISKA OHÄLSANS OMFATTNING OCH BETYDELSE

Många försök har gjorts att bestämma hur stor del av befolkningen som lider av psykisk ohälsa i någon form. Ett sätt är att göra populationsstudier av stickprov från befolkningen. Exempel på detta är den kända ECA studien i USA. Där utgick man från de 15 vanligaste symtomen i DSM III-listan. 33 % angav att de hade upplevt minst 1 av symtomen under sin livstid. ANT relaterade störningar var vanligast, 17 %, därefter ångest, 16 %, känslöstörningar, 8 %, och personlighetsstörningar 3 % (Compton & Iso-Ahola, 1994). Minnesfel och andra mätfel gör sannolikt dessa värden svajiga. Viktigaste invändningen är dock att värdena anger prevalens, förekomst av symptom men inte s.k. rollfunktion d.v.s. effekter i den enskildes totala tillvaro t.ex. sjukfrånvaro eller passivisering. Det är samma problematik som i den grundläggande skillnaden mellan funktionshinder och handikapp (Sullivan & Karlsson, 1994).

Ett annat sätt att beräkna antal personer med psykisk ohälsa är att utgå från vårdgivares bedömningar, s.k. kliniska undersökningar. Ett försök har gjorts i Göteborg under 90-talet av Sandell. Statistik har samlats in över sjukskrivningar, förtidspensioner, sjukbidrag, farmakaföreskrivning och liknande med anknytning till psykiska störningar liksom självmordsstatistik och statistik över barns och ungdomars psykiska hälsoläge. Sandell (1998) använde också en indexskala för psykisk ohälsotyngd som bygger på statistik om förtidspensionering och sjukbidrag och som registrerats orsakade av psykisk ohälsa. Han kan då visa att med detta mått har Göteborg störst omfattning av psykisk ohälsa jämfört med Stockholm och Malmö och alla tre långt större än landsortskommuner.

Utifrån försäkringskassans statistik utgör psykisk ohälsa den näst största diagnosgruppen efter ortopediska och före hjärt – kärl. Dödsfallsstatistiken visar att de psykiskt relaterade självmorden är tre gånger så frekventa som dödsfall i trafiken. Könsskillnaderna varierar och är stora f.a. inom depression med ungefär dubbelt så hög förekomst hos kvinnor.

Samhällskostnaderna för psykisk ohälsa är mycket höga. Psykiatriutredningen beräknade 1992 de totala kostnaderna till c:a 50 miljarder för sjukvård, socialtjänst, förtidspensioneringar, sjukförsäkringar, arbetsmarknadsåtgärder och produktionsbortfall.

En annan negativ effekt är att psykisk ohälsa berör fler personer indirekt eller direkt än andra diagnosgrupper t.ex. anhöriga, familj, arbetsliv, utbildning och rekreation – fritid. Denna den psykiska ohälsans betydelse för den totala folkhälsan, sjukvården, försäkringskostnader och funktionsnedsättningar inom arbete och fritid har förtydligats av WHO (1994 – 95). Resultaten visar också att vanliga psykiska störningar som depression och ångest är mer handikappande för arbete, familj och rekreation – fritid än långvariga fysiska sjukdomar som hjärtsjukdomar, diabetes och ryggbesvär (Sandell, 1998).

Psykisk hälsa har också fått ökad aktualitet i och med att forskningen påvisat ett mer omfattande samspel mellan psykiska och somatiska orsaker och symptom. Renodlat somatiska har blivit psykosomatiska t.ex. hjärt – kärl och ökad fysisk aktivitet kan buffra och lindra depression och ångest och vara lika effektiv som farmakologisk behandling (Riddick, 1992; Arroll & Beaglehole, 1992; Norling, 1999).

Vilka metoder man än använder för att beskriva den psykiska ohälsans omfattning och betydelse, så blir resultatet påtagligt ofullständigt. Olika typer av mörkertal uppträder och svårigheter ökar när effekter och rollfunktioner är diffusa som t. ex. för barn och ungdomar där både höga och låga frekvenser rapporteras.

När det gäller samspelet mellan rekreationens inriktning och kvalitet och det psykiska hälsoläget är det också viktigt att känna till via populationsstudier hur olika grupper med psykiska störningar själva använder olika rekreationsaktiviteter och miljöer för att orka gå till jobbet på måndag, hur man anpassar sitt boende kanske med trädgård, hund, åker till sommarstugan och eller brassar på med ANT. Sanningen tycks ju vara att vi alla regelbundet bedriver egenvård och försöker bygga upp motstånd och skydd mot påfrestningar, stress och liknande. Som vi skall se längre fram har rekreationens inriktning, livsstil och effekter här en framträdande roll (Norling, 1996, 1999).

Egenvården är med reservation för olika mörkertal, helt dominerande som behandlingsform. Så t. ex. hävdar en amerikansk expert på depression att sannolikt endast en mindre del c:a 10 % får professionell behandling (Moon – Hickman, 1994). Därmed blir det viktigt att analysera relationen rekreation – psykisk hälsa både utifrån kliniska, kontrollerade försök med behandling och populationsstudier som bättre belyser egenvård, förebyggande verksamhet och vilka aktiviteter och miljöer som kan antas fungera rekreerande, stödjande och hälsofrämjande.

5 REKREATIONENS BETYDELSE FÖR PSYKISK HÄLSA

5.1 VAD STYR HÄLSOLÄGET, EN ORSAKSMODELL.

Analyser av orsaker till skillnader i hälsoläge är svåra att göra. Men en noggrann, allsidig och tvärvetenskaplig analys har stor betydelse för att få en bra balans mellan olika orsaksgupper och anknytta vårdmetoder och strategier. Annars är det lätt gjort att smala orsaksmodeller förstoras upp och får en dominerande roll t.ex. genetiska faktorer, psykosociala faktorer eller materiella och strukturella faktorer. Viljan till samverkan kan också försämrats.

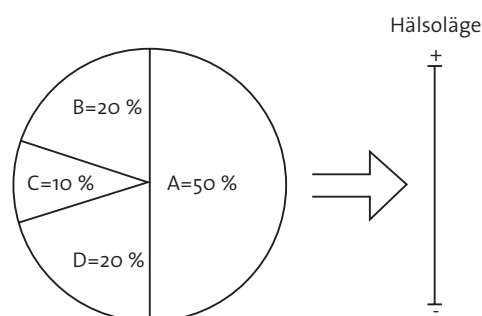
En holistisk modell som lanserats av US Surgeon General och senare WHO har följande innehåll (Iso-Ahola, 1994):

A = livsstilsfaktorer som vad och hur man gör på fritiden, mat och ANT-vanor och liknande.

B = miljöfaktorer inom arbete, boende, fritid – rekreation.

C = sjukvårdens insatser.

D = genetiska faktorer.



Intressanta slutsatser för rapportens del kan då vara att:

- Livsstil och tillhörande miljöer, som också är påverkbara, utgör en väsentlig del, 70 %.
- Sjukvård och genetiska faktorer, 30 %, kan inte förväntas ge total förklaring och bära ett totalt ansvar.
- Större delen av orsaker och åtgärder "ligger i huvudsak utanför traditionell sjukvård" (WHO) t.ex. egenvård.
- Utvecklingen av insatser inom livsstil och tillhörande miljöer är särskilt viktiga.
- Rekreationens roll måste förtydligas i relation till övriga livsstils- och miljöfaktorer.

Denna punkt belyses i fortsättningen med både svenskt statistiskt material och dokumentation av utländsk forskning.

5.2 REKREATIONENS RELATIVA BETYDELSE.

En serie svenska och utländska studier har gjorts som beskriver olika delfaktorerers betydelse inom sektorn A + B, livsstil och miljö. Regressionsanalyser har gjorts av förklaringsvärdet hos arbete, boende, ekonomi, fritid – rekreation, gemenskap och hälsa mot livskvalitet. Också andra beroende- eller effektvariabler har använts f.a. SF 36:s delfaktor mental hälsa och en summafaktor, psykisk hälsa, sammanvägd med de 8 delfaktorerna (Sullivan & Karlsson, 1994). Detaljer om detta finns redovisade längre fram i kapitlet.

Generellt visar de olika studierna att rekreationens kvalitet och inriktning (livsstil) har mycket högt förklaringsvärde när det gäller livskvalitet och psykisk hälsa och långt högre än arbete och materiella faktorer som ekonomi och boende (Norling, 1996). Utländsk forskning pekar i samma riktning. Så t.ex. visade en samlad forskning redovisad vid en konferens i Utah 1992 att det är ett starkt samband mellan "leisure, therapeutic recreation and mental health".

Vi kan då dra den rimliga slutsatsen att rekreationssektorn har stor inverkan på det psykiska hälsoläget och att forskningsbaserade insatser inom området kan få mycket positiva effekter (Compton & Iso-Ahola, 1994). Den följande rapporteringen går ut på att visa detta.

En intressant kommentar till analysen är att den professionella mentalvården i Sverige i liten eller ingen utsträckning utnyttjar rekreationssektorn. Detta till skillnad mot USA och Kanada som använder "therapeutic recreation" i stor och ökande utsträckning och där "therapeutic recreation specialists" ingår i behandlingsteamet. Dessutom tyder den nyare forskningen på att rekreationssektorn utgör befolkningens främsta form av psykisk egenvård, som förebyggande åtgärd, som skydd eller buffring, som coping eller rehabilitering. Det kan vara tillfälliga åtgärder som att förbättra sinnesstämningen och efterföljande effektkedja efter arbete eller skola, att ta kontakt med vänner, ta en promenad med hunden, påta i trädgården, lyssna på radion eller se på TV. Längre åtgärder kan vara att åka till sommarstugan, ta en veckas semester söderut eller åka och fiska. Metodiken är högst individuell och könsskillnaderna är stora.

Den nyare forskningen tyder på att det är så här men visar också vilka aktiviteter som har positiva eller negativa effekter och vilka typer av effekter som kan uppkomma. Se härom de följande kapitlen.

5.3 SVENSKA STUDIER AV REKREATIONENS OCH LIVSSTILENS BETYDELSE FÖR DEN DEL AV BEFOLKNINGEN, 16-92 ÅR, SOM HAR LÅGT PSYKISKT HÄLSOLÄGE.

Data har hämtats från våra folkhälsostudier i Västsverige under 90-talet. Som mått på olika typer av psykiskt och fysiskt hälsoläge har använts det internationellt standardiserade frågeformuläret SF – 36 (Sullivan & Karlsson, 1994). För fritid och rekreation har använts tre standardiserade delfrågor med internationell anknytning (Norling, 1996):

Egenkontroll (perceived freedom), fyra skalsteg.

Psykisk frihet och kontroll: möjlighet att göra det man helst vill inom fritiden.

Social frihet och kontroll: möjlighet att umgås med dem man gillar bäst.

Fysisk frihet och kontroll: möjlighet att hålla kroppen igång fysiskt.

Nöjdmått. 7-gradig skala från missnöjd till helt nöjd.

Bedömning av arbete, boende, ekonomi, fritid – rekreation, hälsa, umgänge samt totalt som mått på livskvalitet.

Rekreativitetens hälsovärde.

Deltagarna i undersökningarna har bedömt vilka typer av rekreativitet som har stor betydelse för deras välbefinnande – hälsa – livskvalitet. Bedömningen har gjorts utifrån den standardiserade 18 – listan och WHO:s hälsodefinition. Detaljinfo finns i Norling (1996).

Med dessa metoder kan vi göra internationella jämförelser och jämförelser mellan olika delgrupper t.ex. mellan dem som har lågt och normalt psykiskt hälsoläge, yngre – äldre eller könsskillnader. Datamaterialet är så stort att det tillåter långtgående analyser av delgrupper.

Resultat och analyser.

Ett stickprov på c:a 7500 personer, 16 – 85 år, har delats in enligt WHO:s rekommendationer i en målgrupp, de 25 % som har lägst psykisk hälsa i en summafaktor inom SF – 36. Den jämförs med övriga 75 % med bättre psykisk hälsa.

Gruppen med lägre psykisk hälsa har en signifikant mera passiv livsstil, dels färre hälsofrämjande aktiviteter dels fler personer som ger högt hälsovärde åt TV, spel och nöjen d.v.s. de aktiviteter som f.a. utmärker den passiva livsstilen (Norling, 1996).

De friskare har signifikant fler hälsofrämjande aktiviteter men ägnar sig mer åt friluftsliv, trädgård, motion, umgänge, bad – båt, bollspel, fiske – jakt d.v.s. aktiviteter som i andra studier visat sig ha högt hälsovärde och goda hälsoeffekter. Tydligt är att naturbaserade aktiviteter har dominerande betydelse. För övriga aktiviteter som kultur, föreningsliv, musik är det inga skillnader.

På samma stickprov har en analys gjorts av rekreationens – fritidens relativa betydelse för deltagarnas livskvalitet. Data från nöjdmätningarna har använts och en regressionsanalys av de olika nöjdmåttens samvariation och förklaringsvärde med avseende på livskvalitet för de 25 % med lägst psykisk hälsa. Siffrorna anger varians motsvarande procent förklarad varians hos den beroende variabeln nöjd totalt (0.28 = 28 %). Eftersom många psykiskt funktionshindrade är arbetslösa har gruppen delats in i arbete/arbetslös.

Nöjd med	Förklarad varians		
	Arbete	Arbetslös	
Rekreation/fritid	0.28	0.35	
Umgänge	0.28	0.29	
Hälsa	0.28	0.32	
Ekonomi	0.16	0.10	mot NÖJD TOTALT (livskvalitet)
Boende	0.15	0.16	
Arbete	0.09	-	
Summa alla	0.52	0.57	

Flera slutsatser kan dras av dessa resultat:

- rekreation – fritid har stor betydelse för personer med lågt psykiskt hälsoläge,
- betydelsen är större för gruppen som också är arbetslös,
- arbetet har mindre inverkan på gruppens livskvalitet, rekreationen har 3 ggr så högt förklaringsvärde, omateriella faktorer som ekonomi, boende och delvis arbete har betydelse på en något lägre nivå samt
- resultaten stämmer dessutom väl överens med utländsk forskning (Norling, 1996).

Ur en senare uppsättning stickprov, n = c:a 11 000, 16 – 92 år, där äldre från H – 70 tillkommer har en ny typ av gräns dragits för urval av deltagare med låg psykisk hälsa. Enligt analyser av internationella SF – 36 data visar sig skalvärdet 52 på mental health skalan markera en övergång eller ett tröskelvärde under vilket tydliga funktionshinder uppträder. I praktiken blir det de 10 % med lägst psykiskt hälsoläge, d.v.s. c:a 1 100 personer som jämförs med resterande 90 %.

Tendenserna är desamma som i den föregående analysen. Den friskare gruppen har signifikant fler som ger högt hälsovärde åt friluftsliv, trädgård, motion, bad-båt, bollsporter och gemenskap. Inom övriga aktiviteter inga större skillnader.

När vi analyserar olika undergrupper efter kön och ålder uppträder en del intressanta skillnader. Både friskare kvinnor och män ger högre värde åt friluftsliv, trädgård, motion och gemenskap. Män enbart ger högre värde åt idrott, bad – båt och bollspel. Åldersskillnader finns också. Friskare äldre, 65 – 92, betonar mera friluftsliv, trädgård, motion och gemenskap medan de yngsta, 16 – 35, mer betonar djur, kultur och idrott.

Egenkontroll – upplevd frihet, psykiskt, socialt och fysiskt, har analyserats för samma statistiska material och tröskelvärde. I gruppen med psykisk ohälsa anger 37 % mot 12 % för övriga att de har bristfällig psykisk egenkontroll och frihet. För social egenkontroll gäller 26 % mot 8 % och för fysisk egenkontroll 48 % mot 31 %. Inga signifikanta könsskillnader. Dessa skillnader är stora och bekräftar utländsk forskning som länge påpekat att olika funktionshindrade grupper i stor utsträckning anser sig ha otillräcklig frihet och egenkontroll över sin livssituation. Som en konsekvens av detta visar det sig att åtgärder och metoder inom vård och utbildning för handikappade som tillåter och stödjer egna beslut och möjligheter att styra och välja, får bättre resultat. I professionella program för terapeutisk rekreation är detta en viktig princip (Compton & Iso-Ahola, 1994; Norling, Schleien & Bender, 1993).

5.4 UTLÄNDSKA ANALYSER AV REKREATIONENS ALLMÄNNA BETYDELSE FÖR PSYKISK HÄLSA.

Det är några amerikanska rapporter och böcker som fått stor betydelse för utvecklingen av rekreationens användning inom vård och omsorg. Främst bör nämnas den s.k. Templerapporten där forskare vid Temple University på uppdrag av US Council on Disability sammanfattat forskningen fram till 1991 om "Benefits of Therapeutic Recreation" för olika grupper funktionshindrade. Rapporten behandlar fysiska funktionshinder, äldre vuxna, psykisk ohälsa, drogmissbruk, pediatrik och utvecklingsstörningar f.a. eftersom man funnit viktiga resultat inom dessa områden (Skalko m.fl., 1991). En sammanfattning av resultaten för alla grupperna utförd av organisationen ATRA redovisas senare.

När det gäller psykisk ohälsa har man fram till 1991 funnit positiva resultat inom schizofreni, "mood disorders" som depression, bipolära och störningar relaterade till medicinsk behandling och drogmissbruk, ångest, personlighetsstörningar samt ätstörningar, anorexia och bulimia nervosa.

Templerapporten redovisar också 11 typer av insatser och de effekter som redovisas. Även om rapporten är 10 år gammal så är materialet så intressant och lärorikt att det redovisas i kap. 7.7 om olika typer av åtgärder. Men vi får komma ihåg att en hel del nytt har tillkommit under 90-talet vilket också framgår av de följande kapitlen om effekter och åtgärder.

En annan viktig rapport är Compton & Iso-Aholas (1994) samlingsvolym "Leisure and Mental Health" där olika experter ger bra dokumentation och redovisning av resultat. En hel del material ur boken redovisas i de följande kapitlen. Det är intressant men också obehagligt att viktiga rapporter av denna typ inte fångas upp vid sök i databaser utan genom personliga kontakter. De ingick inte i de 800 abstracts som erhöles vid ett omfattande sök i olika databaser av expertis på denna typ av dokumentation.

Hälsoeffekter av behandling med fritid-rekreation inom hälso- och sjukvården.

(ATRA:s sammanfattning av Templerapporten)

Denna rapport är en sammanfattning av en skrift från ATRA, American Therapeutic Recreation Association, *Recreational Therapy: A Summary of Health Outcomes*, 1994. ATRA:s rapport bygger i sin tur på en konferensrapport från Temple University (1991): *Benefits of Therapeutic Recreation; A Consensus View* (Coyle m.fl. förf., Ravensdale: Idyll Arbor, Inc. Rapporten som utformats av USA:s främsta experter, sammanfattar utvärderingar av professionell verksamhet som utförts av en relativt ny yrkeskår, Therapeutic Recreation Specialists. Dessa utbildas numer vid en stor mängd amerikanska universitet.

Vi kallar i fortsättningen verksamheten för terapeutisk rekreation (TR).

Intervention med TR för personer med psykisk ohälsa.

Deltagande i anpassade fritidsaktiviteter ger en rad effekter:

- minskade effekter av stress och depression: reduktion i spänning, negativt tänkande, sömnstörningar, förbättring av koncentration, subjektiv stress och ångest. Effekter har uppmätts över lång tid,
- förbättring av social förmåga,
- minskning av psykotiska beteenden t.ex. hallucinatoriskt tal och beteende, omotiverade skratt och liknande,
- riktade program för fritidsutbildning och utveckling av livsstil ger en rad positiva effekter med ökad kvalitet i tidsanvändningen,
- speciella program med utmaningar och risktagning gav signifikanta förbättringar i kommunikation och samarbetsförmåga samt ökad tillit till andra,
- strukturerade rekreationsprogram för barn på institution samt deras familjer uppvisar signifikant förbättring i samverkan och positiv kommunikation, förmåga att fungera som förälder, självkänsla inom familjen och samverkan mellan familj och personal.

Interventioner med TR vid fysisk ohälsa och fysiska funktionshinder.

- förbättring i fysisk hälsa: deltagande i olika anpassade fysiska fritidsaktiviteter ger signifikanta förbättringar i kardiovaskulär och respiratorisk funktion, ökad styrka, uthållighet - kondition och koordination hos personer med funktionshinder som paraplegi, cystisk fibros och astma,
- reduktion av sekundära medicinska komplikationer genom anpassade fysiska fritidsaktiviteter t.ex. sekundära effekter av traumatisk ryggmärgsskada som trycksår och urinvägsinfektioner,
- förbättring av långsiktig hälsostatus och reduktion av riskfaktorer: sänkta kolesterolnivåer, reducerad risk för hjärtsjukdom och ökad förmåga att handskas med kronisk smärta har rapporterats för personer med fysiska funktionshinder. För personer med traumatisk ryggmärgsskada ökar överlevnad med ökad fysisk aktivitetsnivå,
- förbättrad kognitiv funktion: förbättring av uppmärksamhet, perception och organisationsförmåga rapporteras för personer med traumatiska hjärnskador som deltagit i träningsinriktade rekreationsaktiviteter,
- förbättring i psykosocial hälsa och välbefinnande: för personer med fysiska funktionshinder rapporteras minskad depression, förbättrad kroppsuppfattning och ökad acceptans av handikapp,
- reducerad vårdkonsumtion: minskad användning av astmamedicin, minskad ångest och stress av en omfattning lika eller större än vid medicinering. Fysisk träning för rullstolsbundna minskade sjukhusvården till en tredjedel,
- för personer med traumatisk ryggmärgsskada rapporteras att fysiskt aktiv fritid före skadan är positivt relaterat till högre tillfredsställelse med livet, bättre sociala relationer och sänkt depressionsnivå,
- deltagare i anpassade, naturbaserade aktiviteter som hiking och camping har uppvisat signifikant förbättrad egenvård, självförtroende och acceptans av funktionshinder,

- patienter som fått individualiserad terapeutisk rekreation uppvisade signifikant förbättrad självkänsla vid utskrivning och en förbättrad förmåga att utnyttja aktiviteter för att handskas bättre med stressorer förenade med sjukhusvistelsen,
- anpassade fritidsprogram för fysiskt funktionshindrade gav signifikant minskad social isolering och ökad livskvalitet, förbättrad anpassning till samhället och förmåga att handskas med hinder.

Intervention med TR för äldre vuxna.

- reduktion i symtomnivå vid kronisk och degenerativ sjukdom: äldre vuxna med artrit eller osteoporos (benskörhet) som deltar i fysiska TR - aktiviteter uppvisar minskad smärta och stelhet, ökad rörlighet och muskelstyrka samt ökad benstyrka,
- förbättring av fysisk hälsa och reduktion av riskfaktorer: deltagare i olika anpassade fysiska rekreationsaktiviteter får signifikant förbättrad hjärt - kärlfunktion, minskad kroppsvikt och kroppsfett, sänkt blodtryck, ökad rörlighet och styrka och ett ökat område man rörde sig inom,
- förbättrade kognitiva funktioner: äldre kognitivt handikappade som deltagit i riktade aktiviteter uppvisade signifikant ökad aktivitetsnivå (alertness) och medvetenhet om omgivningen, minskad förvirring och desorientering, förbättrat minne och uppmärksamhetsomfång, förbättrad förmåga att lösa problem och minskat beroende av mediciner,
- förbättring av socialt stöd och psykisk hälsa: deltagande i olika anpassade sociala, expressiva, konstnärliga, hem- eller naturbaserade aktiviteter minskar ensamhet och depression, ökar gemenskap, verbal kommunikation, tillfredsställelse med livet, kontroll och kompetens, avspändhet och förmåga att handskas med stress.

Intervention med TR för personer med missbruk.

- förbättrad förmåga att handskas med stressorer som påverkar missbruk: personer med aktiv fritid visade sig ha ökad förmåga att handskas med stressorer, ångest och tristess samt att utnyttja sina fritidsaktiviteter som positiva alternativ till fortsatt missbruk,
- förbättring av social interaktion och sociala nätverk: personer som utvecklat en mera aktiv fritid uppvisade förbättrad social förmåga, social interaktion och tillit,
- utveckling av nykter livsstil och identitet: personer som fick allmän fritidsutbildning - rådgivning bl.a. ang. samhällets resurser lärde sig att utnyttja resurserna positivt och förbättra sin tidsanvändning,
- förbättrad rehabilitering vid alkoholism: fritids- och livsstilutbildning gav bl.a. förbättring av sinnesstämning och immunförsvar.

Intervention med TR inom pediatrik.

Allmän förbättring av fysisk hälsa: barn med astma som deltog i anpassade fysiska aktiviteter visade signifikant ökad tolerans, uthållighet och reducerad hjärtfrekvens,

- reduktion i medicinska komplikationer och påskyndad läkning: barn med brännskador som deltagit i anpassade aktiviteter uppvisade förbättrad rörlighet och räckvidd, minskad funktionsförlust och snabbare läkning. Barn efter kirurgiska ingrepp som fått anpassad lek uppvisade snabbare läkning, förbättrad aptit och styrka,
- bromsa försenad utveckling på grund av sjukdom eller försummelse: barn som behandlats för vanvård och som samtidigt fått anpassad lek uppvisade signifikant förbättring i koordination, hörsel och tal och rörelseförmåga till skillnad från barn som inte fick denna behandling,

- förbättrad förmåga att handskas med sjukhusvistelse och medicinsk behandling: barn som fick anpassad lek före kirurgisk behandling uppvisade reducerad ångest för behandling, förbättrad coping och minskade sidoeffekter efter behandling,
- förbättrad coping inom familjen: föräldrar som deltagit i anpassad lek för barnen uppvisar reducerad ångest och otålighet inför barnets sjukvård.

Intervention med TR för personer med utvecklingsstörningar.

- förbättring i fysisk funktion: deltagare i fysiska rekreationsaktiviteter uppvisar förbättringar i perceptuell - motorisk förmåga, balans, rörlighet och sportslig förmåga,
- förbättring i kognitiv funktion: deltagare i fritidsutbildning uppvisar ökad uppmärksamhetsvidd, förmåga att lösa problem och att fatta beslut,
- förbättring i kommunikation och social förmåga: deltagare i socialt inriktad fritidsträning uppvisar ökad förmåga inom konversation, samverkan och tävling,
- reduktion av icke anpassade och olämpliga beteenden: deltagare i anpassade fysiska och sociala aktiviteter speciellt sådana som tränar val och kontroll, uppvisade minskning av självstimulerande, stereotypa, skadliga eller andra negativa beteenden,
- ökning av åldersanpassade beteenden i samhället: deltagare i fritidsutbildning uppvisade ökning i val och deltagande inom åldersanpassade aktiviteter i integrerad fritidsverksamhet,
- utveckling av vänskap och nätverk som ger socialt stöd: deltagare i integrerad camping uppvisade förbättrad social förmåga t.ex. att få vänner bland både handikappade och icke handikappade.

5.5 REKREATIONENS ROLL I VÅRDSAMVERKAN MELLAN OLIKA YRKESGRUPPER, SYNSÄTT OCH TEORIER.

Författarna till kapitlet i Templerapporten om psykisk ohälsa, Skalko, van Andel och de Salvatore påpekar att de ibland stora skillnaderna i synsätt, teoretisk anknytning och metodik som råder vid behandling av psykisk ohälsa tycks bli mindre inom terapeutisk rekreation. Det är relativt lätt och naturligt att se fördelarna med samsyn och samverkan, eklektiskt eller holistiskt synsätt etc. Det är t.ex. rätt tydligt att rekreationsaktiviteter med sin ökade frihet och egenkontroll gör det lättare att uttrycka aggressioner, sexualitet och utveckla social kompetens i ett psykodynamiskt perspektiv. Eriksons sociokulturella utvecklingsteori med 8 stadier, betoning av tidiga barndomserfarenheter och familjerelationer kan direkt och tydligt relateras till den tidiga utvecklingen av livsstil, fritidsintressen och inre motivation.

Beteendeteoretiska inlärningsmodeller med förstärkning, beteendemodifikation, imitation och social inlärning finns med i utformningen av de mest effektiva behandlingsmetoderna för abnorma beteenden. De är också viktiga för förståelsen av hur bra och dåliga aktiviteter lärs in.

Existensialistiskt – humanistiskt paradigm har tydligt genomslag i metodiken inom terapeutisk rekreation för psykiskt funktionshindrade. Här antas t.ex. att alla är kapabla att utveckla en mera positiv livsstil, inre motivation, öppenhet och social kompetens om aktiviteter och miljöer uppfattas som meningsfulla och med tydliga inslag av egenkontroll och upplevd frihet. Det finns numer en omfattande forskning som visar att vissa rekreationsaktiviteter t.ex. naturbaserade, har stor kapacitet att uppfylla dessa behov. Effekterna, som vi skall se senare, är ju också goda.

Skalko, et. al. betraktar en del teorier och modeller som stödjande paradigm. Social inlärning, vars betydelse betonats tidigt (Bandura & Walters, 1963), är en obligatorisk och ökande del i olika pro-

gram för psykiskt funktionshindrade t.ex. genom imitation, rollspel, ADL-träning vid camping. Nya tunga belägg har ju också kommit efter Templerapporten om klientgruppernas svagt utvecklade sociala kompetens (Compton, 1994). Till detta kommer också forskningsstöd för olika viktiga effekter och effektkedjor av förbättrad social kompetens men också olika negativa hälso- och ekonomiska effekter av låg eller försämrad social stimulans som försämrat immunförsvar, ökad drogavandning och vårdkonsumtion (Rosenfield, 1992, Norling, 1999).

Lekteori har stort inflytande på verksamheten för barn. Utvecklingen av inre motivation, repertoar av intressen och livsstil t.ex. på det naturbaserade området sker i stor utsträckning redan under lekperioden och blir ofta livslånga i enlighet med kontinuitetsteorin och forskningen kring "lifelong activities" (Norling, 1999). Dessa processer blir extremt viktiga i ljuset av ny forskning som tyder på att en tidigt utvecklad, optimalt psykiskt, socialt och fysiskt stimulerande livsstil inom rekreationsområdet är det mest hälsofrämjande vi har (Iso-Ahola, 1994, Norling, 1996, 1999).

Skalko, et. al. påpekar att det blir alltmer tydligt att lek fungerar som en copingmekanism för barn t.ex. för att minska stress. Lektterapi bidrar ju också till att påskynda rehabilitering. Biokemiska processer, effektkedjor och modeller har förts in i forskning och analyser relativt sent och i huvudsak efter Templerapporten. Den har rätt få exempel på samvariation mellan behandling inom rekreation och biokemiska förändringar. F.a. refereras biokemiska mätningar av effekter av förändrad fysisk aktivitet t.ex. förändrad beta-endorfinnivå.

Under 90-talet har sedan forskningen presenterat en mängd biokemiska resultat och försök att formulera förklarande och begripliga effektkedjor. Då kan man förstå bättre hur olika begrepp som sinnesstämning, depression, immunförsvar, buffring, understimulering, livsstil och vårdkostnader hänger ihop och utgör olika länkar på samma kedja. Vi har också lättare att förstå hur en höjning av den fysiska aktiviteten och stimulansen med naturbaserad rekreation hos vissa schizofrenipatienter kan sänka ångest och depressionsnivån och buffra för stress.

6 REKREATIONENS INVERKAN, OM EFFEKTER OCH EFFEKTKEDJOR

6.1 OLIKA TYPER AV EFFEKTER OCH EFFEKTKEDJOR.

Rapporten betonar av flera skäl olika positiva effekter av aktiv, anpassad livsstil inom rekreation. Forskningen och de mera tillförlitliga kunskaperna inom området är rätt nya och lite kända hos personer med psykisk ohälsa, vårdpersonal, anhöriga och allmänhet. Vårdpersonal saknar nästan helt utbildning om rekreationssektorns metoder och effekter. För att skapa intresse för de nya kunskaperna krävs vetenskapliga belägg för att de kan göra nytta.

Vad som är "nytta" kan sedan variera kraftigt i språk och innehåll mellan t.ex. arbetsterapeuter, fritidspersonal, läkare, psykologer, sjukgymnaster, socionomer och kommunpolitiker. Du kan försöka räkna ut själv vilka vanliga effekter av att ha hund som passar respektive kategori: 1 lägre vårdkostnader, 2 snabbare återgång till arbete, 3 bättre sammanhållning i familjen, 4 mer aktiv livsstil utanför arbetet, 5 sänkt blodtryck, 6 förbättrad rörlighet och kondition.

Dessa effekter av olika typ är alla resultat av samvaro med hund. Det går också med visst besvär att ordna effektlänkarna i en effektkedja t.ex. 4 – 5 – 6 – 3 – 2 – 1. Men då blir man lätt osäker och upptäcker att effekterna också kan vara orsak t.ex. att 6 kan påverka 4 positivt. Kedjan innehåller återkopplingar och cirklar.

En viktig uppgiften för rapporten är att referera olika typer av effekter och kedjor så att så långt möjligt fysiologiska, psykiska, sociala, fysiska och ekonomiska effekter kommer med. Livskvalitet anses av WHO och många forskare inom vårt aktuella område, vara det övergripande slutmålet i effektkedjan (Compton & Iso-Ahola, 1994). Begreppet är mångfacetterat och kräver avancerad mätteknik för att ge tillförlitliga och valida resultat. I de svenska studierna, som refererats tidigare, har vi använt det internationella frågeformuläret SF-36 som har avancerad vägningsteknik och högst tillförlitlighet och validitet i dag (Sullivan & Karlsson, 1994).

Genom att referera en mängd forskningsresultat om effekter, kan vi på sikt också identifiera olika aktiviteter som har positiva och tydliga effekter. Vi kommer att se längre fram att många aktiviteter och miljöer kan ge positiva effekter men att vissa har särskilt goda effekter både psykiskt, fysiskt och socialt särskilt då de naturbaserade som trädgård, friluftsliv, camping, fiske, sommarstuga och sällskapsdjur – ridning. Då kan vi få ett underlag för rekommendationer, prioriteringar och individuellt anpassade åtgärder i vård och omsorg. Dessutom vet vi att vi har forskningsstöd för våra åtgärder.

Utvecklingen går rätt fort inom området. Dessutom visar det sig svårt att med sedvanlig metodik för dokumentation och direkta expertkontakter komma åt de senaste landvinningarna på ett fullständigt sätt. Även om dokumentationen varit ambitiöst upplagd så har sannolikt en del viktig information inte kommit med. Ambitionen har här varit att relativt snabbt få fram en första, hyggligt fullständig rapport med basfakta så att utveckling och utbildning kommer igång. Sedan kan ni själva gå vidare.

6.2 ALLMÄNNA EFFEKTER PÅ PSYKISK OCH FYSISK HÄLSA OCH LIVSKVALITET.

Sinnesstämning är ett psykosomatiskt förlopp där det ofta syns genom kroppsspråket om det är + eller -. Den hör till en effektkedja med tydliga fysiologiska förändringar t.ex. i immunförsvar och muskelspänning. Stom m.fl. (1987) har visat att självrapporterad positiv förändring i sinnesstämning åtföljs av positiv förändring av immunförsvaret.

Aktiviteter inom rekreation är särskilt bra på att skapa positiv sinnesstämning bl.a. eftersom friheten att välja och styra är större än inom arbetslivet (Forgas & Moglass, 1989). Det är också intressant att minnen och bearbetning av minnen av trevliga situationer skapar tydliga positiva förändringar i sinnesstämning och den efterföljande effektkedjan (Hull 1990). Därför används alltmer minnesbearbetning i grupp för olika klientgrupper t.ex. äldre, där depression med negativ sinnesstämning är vanlig (Norling, 1999).

En del ledande forskare inom "mental health" som Iso-Ahola (1994) anser att sinnesstämning är någon form av styrmekanism kopplad till perception och tolkning av händelser och miljöer i positiv eller negativ riktning, påverkar våra copingstrategier och startar en effektkedja där kroppens fysiologiska och endokrina funktioner ingår. Exempel på detta är depression som kan definieras som en varaktig form av negativ sinnesstämning.

Fysisk aktivitet kan ha stor inverkan på sinnesstämning, ångest och depression (Ross & Hayes, 1988; Morgan, 1987). Men effekterna styrs av aktivitetens nivå och innehåll. Så t.ex. visade Steptoe & Fox redan 1988 att intensiv motion ökar spänning och ångest medan lågintensiv motion ger tydliga förbättringar av sinnesstämningen. Tävlingsinslag kan också öka spänning och ångest hos handikappade med lågt självförtroende som många med psykisk ohälsa eller med utvecklingsstörning har (Norling, Schleien & Bender, 1993).

Den fysiska aktivitetsnivån är extra intressant i samband med psykisk ohälsa. Generellt ger en höjning från låg till optimal nivå extremt stora hälsoeffekter t.ex. halverad risk för stroke, hjärt – kärl och sänkning av depression och ångest. Samtidigt vet vi att det är vanligt att personer med psykisk ohälsa har en passiv livsstil med låg fysisk aktivitetsnivå men också att det är svårt att på ett varaktigt sätt öka nivån. Här visar sig aktivering med rekreationsaktiviteter fungera bättre än traditionell arbetsterapi och sjukgymnastik (Finnell, 1997; Jongbloed, 1993; Hayes, 1991).

Forskningen inom rekreation betonar ständigt, både teoretiskt och praktiskt, att subjektiva faktorer som upplevelser av självbestämmande, frihet, egenkontroll och inre motivation och kompetens, har stort och ofta avgörande inflytande på hälsoeffekter och processer som buffring och coping. Dessa upplevelser och tolkningar styr de fortsatta effekterna i kedjan som sinnesstämning och fysiologiska som immunförsvar (Iso-Ahola, 1994, Compton, 1994).

Personer med bra hälsoläge utmärks vanligen av att uppfatta sig ha bra självbestämmande och egenkontroll över sin totala situation (Norling, 1996 och tidigare redovisning). Och numer finns starka belägg för att rekreationsdelen i tillvaron är bäst på att utveckla dessa viktiga känslor och upplevelser (Coleman & Iso-Ahola, 1993; Norling, 1996, 1999).

Sammantaget visar dessa forskningsresultat att en professionellt utvecklad terapeutisk rekreation kan få mycket positiva effekter på vård och omsorg, rehabilitering, psykoterapi och kompetensutveckling för psykiskt funktionshindrade (Compton & Iso-Ahola, 1994).

Social förmåga och kompetens är viktiga förutsättningar för att få vara med i gemenskap, integreras, få socialt stöd varvid kedjor av positiva hälsoeffekter kan uppkomma. Psykiskt funktionshindrade och även utvecklingsstörda utmärks i rätt stor utsträckning av undvikande beteende, isolering, avvikande socialt beteende och otillräcklig social förmåga eller kompetens. Bristerna i social förmåga kan enligt Serbert (1991) delvis bero på att psykiska sjukdomar kan börja utvecklas under perioder i livet när den sociala förmågan normalt utvecklas. Detta kan leda till avvikande sociala beteendemönster. Studier av effekter av bristande social kompetens hos utvecklingsstörda visar att denna har större betydelse för möjligheterna till arbete än arbetskompetens (Norling, Schleien & Bender, 1993). Dessa resultat har lett till ökade satsningar på att utveckla kompetens (Sneegas, 1989). Van Andel m.fl. (1992), har sammanfattat litteraturen inom området och pekar på att rekreationsaktiviteter t.ex. camping, fungerar speciellt bra för social träning.

Enligt forskare som Frank (1988) ger vissa rekreationsaktiviteter bra buffring mot påfrestningar som stress. Enligt Frank är det f.a. fyra faktorer som styr om rekreationen ger bra buffring: 1. Kompetens, f.a. inre som innebär att man själv är nöjd med kompetensen. Yttre kompetens avser relationen till omgivningens krav; 2. Aktiviteten skall vara meningsfull; 3. Aktiviteten ingår i en aktiv livsstil och 4. Aktiviteten skall vara hälsofrämjande.

Den som väljer trädgårdsskötsel har uppfyllt kriteriet 4 eftersom aktiviteten är extremt hälsofrämjande. Om verksamheten har tillräckligt hög aktivitetsnivå fysiskt, socialt och psykiskt så är 3:ans krav rätt väl uppfyllda. Tycker man så att man har hyggliga, användbara kunskaper och tycker att det hela är meningsfullt så har man uppfyllt kriterierna 1 och 2 och buffringen kan bli effektiv.

Flera försök har gjorts att förklara varför en aktiv, anpassad livsstil inom rekreation kan ge så bra buffring och coping mot stress. Coleman & Iso-Ahola (1993) framhåller flera orsaker f.a. att aktiviteterna är bra på att utveckla förbättrad gemenskap och socialt stöd men också en tydlig känsla av egenkontroll och kompetens. Författarna visar också att många psykiskt funktionshindrades negativa inställning till motion och idrott klaras bättre inom breda naturbaserade aktiviteter där kompetens, egenkontroll och mening fungerar bättre.

En annan närliggande modell bygger på aktivitetsteorin och går ut på att vissa aktiviteter och miljöer är extremt bra på att ge optimal (lagom), allsidig (psykisk, social och fysisk) stimulans och blir basen i en hälsofrämjande livsstil. Flera forskare anknyter dessa resonemang till behovsteori och hävdar förenklat, att vi alla för att må bra, har behov på viss nivå av regelbunden psykisk, social och fysisk stimulans. Om vi blir under- eller överstimulerade uppkommer störningar i olika negativa effektkedjor (Diamond, 1983, Blair, 1997, Dustman, 1994, Norling, 1996, 1999).

Hälso- och buffringseffekterna av ökad fysisk aktivitet på psykisk hälsa är mycket omfattande. Effekterna uttrycks som länkar i effektkedjor t.ex. neurologiska, fysiologiska, psykologiska och som förändringar i livskvalitet eller vårdkostnader (Dustman, 1994; Rusionello, 1994).

En del har studerat behovs- och aktivitetsnivån, var den optimala gränsen går. Blair, Dustman, Åstrand m. fl. (se Norling, 1999) hävdar att behovet av fysisk aktivitet och stimulans är rätt högt. Bl.a. hävdas att vi är utvecklade för lika hög aktivitetsnivå som våra förfäder, kringströvande jägar- och fiskarfolk. Rusionello (1994) har i serier av experiment försökt bestämma vilka nivåer som är tillräckliga för att buffra olika typer av psykisk ohälsa.

Däremot har den sociala aktivitets- och stödnivåns effekter varit mindre väl utredda. Forskningen har dock förbättrats under 90-talet. Traumatiska försämringar av gemenskap och socialt stöd t.ex. anhörigs bortgång ger ofta kraftiga försämringar t.ex. i immunförsvar, fysisk förmåga, ANT-konsumtion, oberoende, livskvalitet och vårdkostnader. För funktionshindrade grupper som är isolerade, har sämre socialt stöd och låg inre kompetens kan vi idag lättare beräkna konsekvenserna för psykisk och fysisk hälsa, vårdbehov m.m.

En del nya fakta förtydligar rekreationens roll. Så t.ex. visar Bolger & Eckenrode (1991) att sociala kontakter och stöd inom rekreation buffrar stress medan obligatoriska kontakter i arbete och skola inte gör det. Flera förklaringar framhålls t.ex. att valda vänner och miljöer ger bättre stöd, egenkontroll och sinnesstämning (Iso-Ahola, 1993). När egenkontroll och upplevd frihet fungerar så har vi möjlighet att pröva och testa aktiviteter, miljöer och människor och välja det som ger rekreation, stöd och positiva upplevelser eller som WHO uttrycker det utveckla en livsstil eller ett nätverk av stödjande miljöer och hälsofrämjande aktiviteter (Norling, 1993, 1996, 1999).

6.3 SPECIFIKA EFFEKTER AV REKREATION I SAMBAND MED PSYKISK OHÄLSA.

Det visar sig svårt att koncentrera all text om effekter till en plats i rapporten. Ibland hänger effekterna så starkt samman med metodiken eller med typen av symtom att de bör rapporteras i dessa sammanhang. Därför kommer en hel del effekter att redovisas i nästa kapitel om olika typer av åtgärder.

Rekreationens olika effekter uttrycks vanligen i psykologiska termer som förbättrad sinnesstämning, minskad aggressivitet, ökad inre motivation eller i fysiska termer som förbättrad rörlighet, kondition eller ADL-förmåga. En medicinskt anknuten forskning har f.a. under 90-talet förtydligat de biokemiska processer som tillhör dessa effektkedjor. Härigenom har förståelse, förklaring och acceptans förbättrats (Compton & Iso-Ahola, 1994; Rusionello, 1994).

Rekreationsaktiviteter som motion, roliga aktiviteter, musik ger en rad subjektiva effekter som förbättrad sinnesstämning, minskad depression men också parallella eller efterföljande effekter eller förändringar i ACTH, b-endorfin, kortisol och tillväxthormonnivåer (Lamb & Murray, 1988; Stone, 1992; Rusionello, 1994).

Resultaten kan ju tolkas på olika sätt t.ex. att aktiviteterna som har positiva effekter på depression fungerar som katalysatorer för biokemiska förändringar. Men då finns det en risk att vi antar att de inre biokemiska processerna är grundorsaken till depressionen och inte bara förmedlande. En mera konstruktiv tolkning är att vi kan välja att åstadkomma dessa biokemiska förändringar genom insatser inom terapeutisk rekreation eller – och inom farmakologisk behandling (Rusionello, 1994; Iso-Ahola, 1994; Norling, 1999).

Det är f.a. Rusionello som i sin RTM-modell utvecklat kopplingarna mellan terapeutisk rekreation och biokemiska processer i samband med behandling av depression, förvirring, ångest, trötthet och spänning (Rusionello, 1994). Forskning om dessa frågor inom äldre hälsa finns beskriven i Norling (1999).

7 OLIKA TYPER AV ÅTGÄRDER

7.1 REKREATIONENS ROLL VID BEHANDLING AV DEPRESSION.

Depression tillhör enligt den internationella DSM-listan s.k. mood disorders där också bipolära och störningar som relateras till medicinsk situation och droganvändning ingår (Hall, 1994). Depression är sannolikt den vanligaste typen av psykisk ohälsa. Men beräknade frekvenser är osäkra eftersom det är svårt att definiera störningen till innehåll, varaktighet och konsekvenser. Siffror som finns med i olika expertrapporter t. ex. från APA, anger att 9–26 % av vuxna kvinnor och 5–12 % av män har depression som ger tydliga negativa konsekvenser s.k. rollförändringar.

Kliniska bedömningar av omfattning och betydelse blir påtagligt osäkra eftersom endast en mindre del får professionell behandling (Bullock, 1994; Moon – Hickman, 1994; Hall, 1994).

Depression är också ett livslångt problem med höga frekvenser bland både yngre och äldre. Ungdomars depression har tidigare setts som normativ d.v.s. som en normal reaktion som går över. Den uppfattningen stämmer inte så bra eftersom depression i ungdomsåren vanligen får en fortsättning och är en viktigare varningssignal än man tidigare trott.

Enligt WHO är depression den typ av ohälsa som växer snabbast och får störst konsekvenser definierat som arbetsfrånvaro, produktivitet, självmord, vårdkonsumtion, splittring av familjer. För att anknyta till familj så är ensamma mödrar med små ekonomiska resurser, den grupp som har flest depressioner (Russo, 1985).

Eftersom egenbehandling dominerar när det gäller depression, är det viktigt att studera hur detta går till. De positiva formerna utgörs ofta av livsstils- och miljöförändringar som att arbeta mindre, öka ut rekreationssdelen med naturbaserade aktiviteter som promenader, friluftsliv, trädgård, fiske, motion, sällskapsdjur, sommarstuga, gemenskap, resor. De mera negativa åtgärderna hör till den passiva livsstilen med mera TV, vila, spel och ANT. Enligt Iso-Ahola m.fl. (1994) klarar de sig bättre som har en stor repertoar av hälsofrämjande aktiviteter som de är intresserade av och har kompetens för. Sämre går det för dem som inte har en sådan repertoar och saknar positiva alternativ och lösningar. Iso-Ahola sammanfattar forskningen med att hävda att det är aktiviteter och miljöer inom rekreationsssektorn som står för huvuddelen av egenvården, både positivt och negativt. Det blir därför intressant att i fortsättningen kartlägga vilka aktiviteter och miljöer som enligt forskningen har positiva effekter, är hälsofrämjande, fungerar förebyggande etc.

7.1.1 ORSAKSANALYS OCH AKTUELLA INSATSER.

Om depressionens orsaksmönster liknar det som framförts av US Surgeon General och WHO för folkhälsa, så skulle huvuddelen av orsakerna ligga inom livsstil och miljöfaktorer, c:a 70 %, och en mindre del inom genetiska faktorer och sjukvårdens insatser, 30 %. Då skulle också, enligt tidigare refererade analyser, aktiviteter och miljöer inom rekreation – fritid ha en väsentlig roll inom livsstil – miljö.

Eftersom orsaksmönstret är så komplext och svårt att forska på, är det svårt att avgöra om dessa generella orsaksmodeller är helt giltiga. Men det är dock en rimlig hypotes att anta att orsaksmönstret är likartat. Det kan då betyda att biologiska faktorer och vård bidrar med en väsentlig men mindre del och att den större delen av orsakerna ligger utanför. WHO har ju länge hävdat att huvuddelen av de hälsofrämjande insatserna bör för att bli effektiva i huvudsak ligga utanför traditionell vård.

Det är en viss enighet bland specialisterna att depression bör bearbetas brett och på flera plan, att prioriteringen av biomedicinska orsaker och insatser blir för dyr och ineffektiv och måste avlastas

och breddas, att de stora satsningarna på strukturella och materiella insatser varit ineffektiva och att en förbättring av vården bör ske genom insatser för att utveckla mera hälsofrämjande livsstilar hos personer med depression eller som är i riskzonen. Detta innebär också att vårdstrategin får en mera positiv inriktning på utbildning, rådgivning och stöd kring påverkbara orsaker och friskfaktorer som i stor utsträckning finns inom rekreationssektorn (Compton, 1994; Iso-Ahola, 1994, Templerapporten; Norling, 1996, 1999).

Chiczentmihalyi (1994) hävdar att det västerländska samhället är präglad av materialism och kapitalism som skapar en missnöjeskultur och negativa synsätt som ligger nära depression. Det har ju också visat sig att materiella förbättringar endast i begränsad utsträckning påverkar missnöje och vantrivsel. Han anser också att den omfattande egenvården med ANT ökar förekomsten av depression. Iso-Ahola (1994) hänvisar i sammanhanget till Bottom – up teorin som hävdar att det f.a. är de regelbundna små positiva erfarenheterna i livet som ger trivsel och livskvalitet och motverkar depression, inte enstaka "peak experiences" med hjälp av droger.

I diskussionen påpekas också att religionens och kyrkans roll har minskat vilket anses i sin tur ha minskat användningen av den positiva copingstrategi som hör till det kristna budskapet.

7.1.2 DEPRESSIONENS KONSEKVENSER OCH EFFEKTER.

Beskrivningar av depressionens konsekvenser och effekter varierar beroende på författarnas utbildning, yrkeserfarenhet och roll i samhället. Det kan innebära att :

- psykiska funktioner betonas som nedstämdhet, negativ sinnesstämning och tolkning av tillvaron, låg motivation, ångest, förlorad mening och framtidstro, passiv livsstil, försämrad coping och livskvalitet,
- biomedicinska förändringar betonas t.ex. i termer av transmittersubstanser, serotonin, minskad buffring, ökad risk för psykosomatiska reaktioner.
- socialpsykologiska som isolering, försämrad kommunikation eller störningar i familj och nätverk samt
- socioekonomiska som att inte kunna arbeta, sänkt produktivitet, ökad sjukskrivning och vårdkostnad.

Alla dessa konsekvenser och effekter kan ses som både effekter och orsaker i en kedja och som alla är beskrivning av depression. En sådan tvärvetenskaplig bild behövs för att förstå depression bättre och för att välja ut möjliga och effektiva åtgärder och olika typer av samverkan och avlastning inom vården.

Behandling kan riktas mot att höja aktivitetsnivån i en passiv livsstil, utveckla och förbättra inre motivation, justera serotonininnivån, förbättra social kompetens och stöd eller coping. Men då behövs också forskningsbaserad kunskap om vilka åtgärdstyper som har bra och snabbare effekter, kostar mindre, passar olika klientgrupper eller egenvård, har små biverkningar, ger långvariga effekter etc.

Flera specialister och forskare har identifierat de konsekvenser av depression som är möjliga att åtgärda på ett framgångsrikt sätt inom rekreation (Kinney m.fl. 1994; Moon – Hickman, 1994; Patrick, 1994):

- nedsatt sinnesstämning, negativt tänkande,
- utveckling av passiv livsstil, psykiskt, socialt, fysiskt på motivations- intresse och utövandenivå,

- trötthet, minskad energi,
- negativ inre kompetens, känna sig värdelös,
- minskad förmåga till koncentration och att ta beslut,
- ångest samt
- sakna mening och mål i tillvaron, hopplöshet.

7.1.3 BEHANDLING AV DEPRESSION MED TERAPEUTISK REKREATION. NÅGRA EXEMPEL.

Fysisk aktivitet och depression.

En omfattande forskning visar att det är en stark samvariation mellan nivåerna i fysisk aktivitet och depression (Hall, 1994; Norling, 1996, 1999). En viktig utgångspunkt för förståelse för denna samvariation är den moderna människans behov av rörelse och fysisk ansträngning. Dustman (1992); Åstrand (1986) hävdar att vi har samma fysiologiska funktion och behov av rätt hög fysisk aktivitetsnivå som våra jagande och kringströvande förfäder under stenåldern. Många i det moderna samhället är fysiskt underaktiva och understimulerade vilket har påtagligt negativa konsekvenser t.ex. kraftigt ökad risk (vanligen fördubblad) risk för hjärt – kärlsjukdomar, benskörhet och stressrelaterade sjukdomar. Det visar sig också att skyddet mot depression och ångest försämras.

Omvänt visar sig fysisk aktivering av deprimerade genom anpassad rekreation ha goda och snabba effekter. Dessa är egentligen bredare och har positiv inverkan generellt på s.k. mood disorders som ångest, depression, spänning, stress men också utbrändhet. Annorlunda uttryckt, buffering och coping förbättras.

Det uppkommer lätt rundgång i behandlingen av depression eftersom den i sig och eventuellt förstärkt av bieffekter från farmakologisk behandling, minskar motivation, intressen och utövade rekreatiönsaktiviteter med fysiska inslag. Härigenom blir behandling och aktivering svår och bortfallet stort om inte professionell metodik används (Hall, 1994).

Om vi använder naturbaserade aktiviteter som åtgärd och minskad depression som effekt finns olika mellaneffekter i effektkedjan (Coleman & Iso-Ahola, 1993; Berger & Owen, 1992):

- fysiologiska och neurologiska som ökad syrsättning med positiv effekt på CNS, höjning av nivå på norepinefrin,
- psykiska och sociala som upplevelser av egenkontroll, kompetens och mening, förbättrad sinnesstämning, gemenskap och socialt stöd.

Enligt Hall (1994) har individuellt anpassad fysisk aktivering inga negativa biverkningar. Vid jämförelser av olika metoders effekter hävdar Klein m.fl. (1985) att fysiska aktiviteter som engagerar stora muskelgrupper, har lika goda effekter som psykoterapi.

Val av lämpliga rekreatiönsaktiviteter måste ske med omsorg. Här följer några ofta refererade råd (Hall, 1994; Iso-Ahola, 1994; Rusionello, 1994):

- individuell anpassning till klientens motivation och intressen. Klienten måste uppleva egenkontroll och kunna utnyttja tidigare utvecklad motivation och kompetens,
- tävling bör inte ingå. Betona process, inte resultat,
- hela situationen skall vara avspänd, rolig och icke hotande,
- djupandning skall ingå som vid simning och cykling (aerobics),

- god ordning i tid och rum,
- repetition och rytmiska moment bör ingå,
- lagom intensitet i 20 till 30 min. minst 3 ggr i veckan. Här finns precisa anvisningar om hur individuellt anpassade nivåer kan bestämmas.

Enligt Dishman (1988) ger låg aktivitetsnivå små eller inga effekter medan hög kan leda till negativa effekter som trötthet och förvärrad ångest och depression. När det gäller val och rekommendationer av lämpliga aktiviteter finns det två synsätt. Det ena har klinisk utgångspunkt och är vanligen kopplad till sjukgymnastik, arbetsterapi och delvis idrott. Här rekommenderas abstraherade grundrörelser för olika muskelgrupper eller jogging och som passar in sjukvårdens verksamhet. Här prioriteras effektiva rörelser högt och klientens motivation och intressen lågt.

Det andra utgår mera från populationsstudier som visar vad människor utanför vården gör naturligt för att hålla sig igång fysiskt. Då prioriteras motivation, egenkontroll, intressen, släkt och vänner och anpassade resurser. Däremot ingår ofta fysiska aktiviteter endast som del i breda aktiviteter som friluftsliv, trädgårdsskötsel, promenader med hunden, dans. Få, c:a 15 %, får tillräcklig fysisk stimulans i sitt arbete vilket ytterligare ökar rekreationens betydelse. Kvinnor som i fördubblad utsträckning drabbas av depression, får ofta en viktig del av sin fysiska stimulans från hushållsarbete, städning, inköp och liknande (Norling, 1999).

Amerikansk försöksverksamhet visar att vårdanknuten sjukgymnastik fungerar rätt bra i vårdfasen men inte bra före, utanför och efter. Där är rekreationsbaserade åtgärder effektivare. Ser vi så till den stora delen av befolkningen som utövar egenvård och klarar sig hyggligt så är det just rekreationsaktiviteterna och delvis hushållsaktiviteterna som ger den viktiga fysiska stimulansen. Idrottsbaserade aktiviteter fungerar på yngre, f. a. yngre män men inte särskilt bra efter 35 år och definitivt inte bland många kvinnor (Norling, 1996).

Dessa erfarenheter och resultat visar att det vore avsevärt bättre att koppla ihop de två systemen och synsätten. Att det ger bättre resultat visar den integrerade verksamheten i USA och Kanada som pågått under flera årtionden (Hall, 1994; Moon – Hickman, 1994).

7.1.4 REKREATION OCH DEPRESSION HOS KVINNOR.

Det är, som tidigare visats, ett rätt högt samband mellan depressionsnivå och rekreationens inriktning och kvalitet. Deprimerade personer har vanligen färre aktiviteter, lägre motivation och är mera lågaktiva, d.v.s. har en mera passiv livsstil. Den leder lätt till psykisk, social och fysisk understimulering som i sin tur försämrar buffring och coping i effektkedjan. Svårigheterna ökar att ta sig ur depressionen (Iso-Ahola, 1994; Moon – Hickman, 1994).

Olika fenomen inom rekreation har anknytning till depression. Så t.ex. visar det sig att oberoende uttryckt som upplevd kompetens, egenkontroll och motivation samvarierar med depression. Studier på både kvinnor och män visar detta (Shank, 1986; Moon – Hickman, 1994). Lewinsohn m. fl. (1974); Coyned, 1976; Sarason m. fl. 1983, visade tidigt att depression är relaterad till sänkt social förmåga, socialt stöd och självkänsla. Dessa resultat har lett till satsningar på rådgivning, utbildning och terapi inom rekreation.

Rekreationsrådgivning kombinerad med beteendeterapi visade sig tidigt ge mycket goda resultat (Osipow m. fl. 1984). I dessa typer av behandling ingår både möten och hemarbete där klienten praktiserar nya rekreativa beteenden i sin vanliga omgivning.

En speciell satsning på kvinnor är befogad. Olika typer av depression är dubbelt så vanliga hos kvinnor (9 – 26 %), som hos män (5 – 12 %) enligt APA (Sarason & Sarason, 1993). Dessutom är depression vanligt hos äldre och äldre är till övervägande del kvinnor (Norling, 1999).

Moon – Hickman (1994) refererar ett intressant försök med olika typer av rådgivning och behandling inom rekreation för kvinnor i åldrar från 21 – 71 år och med depression, från mild till djup. Som effektmått användes 7 variabler: egenkontroll (perceived freedom), depression, självkänsla, socialt stöd – antal och kvalitet, social förmåga och inlärld hjälplöshet inom rekreation.

Fyra olika typer av behandling användes:

1. Trevliga aktiviteter (pleasant activities). Här ingick att lära sig identifiera sådana aktiviteter, förstå deras betydelse för depression, viktiga hinder och handskas med dem, planera in dessa aktiviteter under dagen. Enkla grunder i avspänningsteknik visades och förklarades och deltagarna fick välja ut ny trevlig aktivitet att lära sig och skaffa resurser för. Deltagarna fick i hemläxa att pröva och öva kunskaperna i sin hemmiljö.
2. Social förmåga. Här fick deltagarna, med anknytning till rekreation, lära sig att skilja mellan aggressiva och positiva bemötanden utifrån en artikel i ämnet. Deltagarna listade sedan sina brister i social förmåga och fick sedan förbättra dessa i rollspel och övningar hemma. Grundträning i avspänningsteknik gavs kopplad till bristerna i social förmåga. Tanken var att genom rådgivning, träning och hemmaträning skulle deltagarna också öka sina sociala aktiviteter och kontakter i sitt privatliv.
3. Kombination av metod 1 och 2. De grundläggande delarna i 1. Trevliga aktiviteter och 2. social förmåga kombinerades så att innehållet breddades att bli psykosocialt.
4. Avspänning (relaxation). Deltagarna fick lära sig olika metoder för avspänning, känna igen symptom på spänning. Introduktion och övningar i andningstekniker, muskelavslappning, olika hinder etc.

Varje metod är relaterad till olika teorier och forskningsresultat om depressionens orsaker, effektkedjor och behandlingsmodeller. Så t.ex. finns det forskningsstöd för att deprimerade personer ofta har eller har utvecklat brister i social förmåga och som i sin tur leder till negativa effekter som isolering, försämrad rehabilitering, ett flertal medicinska effekter och högre vårdkonsumtion. En del specialister definierar depression som oförmåga att uppleva och söka sig till positiv sinnesstämning, att ha ett negativt filter.

Moon – Hickman använder genomgående beprövade, standardiserade metoder för att mäta de ingående variablerna t.ex. egenkontroll, depression och socialt stöd. Analysen av resultaten visar att rådgivning och behandling i grupp + hemmaträning via rekreation, ger goda effekter på vuxna kvinnor med depression. Bäst resultat gav den kombinerade metoden (3).

7.2 REKREATION OCH SCHIZOFRENI.

Behandlingen av schizofreni i olika former är omfattande och innehåller många metodtyper. I Sverige har behandlingen varit traditionell i den meningen att professionella inslag inom rekreation inte utvecklats. Forskning och praktisk verksamhet inom terapeutisk rekreation (TR) har utvecklats f.a. i Nordamerika och där fått stor omfattning. TR specialister ingår numer i behandlingsteam. Utbildningen av "therapeutic recreation specialists" är 4-årig och ges på de flesta universitet. I Sverige har vi inte någon motsvarande utbildning, inte heller vidareutbildning av vårdpersonal.

För att belysa verksamhetens metodik och resultat refereras ett litet urval studier. De som är särskilt intresserade hänvisas till amerikanska läroböcker inom therapeutic recreation av kända specialister som Austin, Compton, Kraus, Peterson & Gunn. Intressanta är också beskrivningar av väl beprövade program som LIFE, Outward Bound, Boundless Adventures och RTR.

Försök med djur i terapi för psykospatienter och andra typer av psykisk ohälsa där schizofreni ingick visade goda effekter på ångest (Barker & Dawson, 1998). Liknande resultat har erhållits av Scheidhacker m.fl. 1991, med ridning för patienter med kronisk schizofreni. Jämfört med en kontrollgrupp uppvisade patienterna signifikant minskning av ångest, depression, kognitiva och sociala störningar. Se för övrigt kapitlet om djur i vården.

Roder m.fl. 1998, har prövat utbildning i anpassade rekreationsaktiviteter för schizofrena. Syftet var att bryta passivitet, utveckla nödvändig kompetens och intresse för lämpliga aktiviteter. Resultaten var goda och varaktiga.

I en allmän utbildning för schizofrenipatienter ingick social träning med hjälp av rekreation. Effekterna var goda och den sociala förmågan förbättrades markant (Durham, 1997).

Finnell (1997) har jämfört behandling av patienter med kronisk schizofreni med avseende på anpassat socialt beteende. Två metoder jämfördes, TR och AT (arbetsterapi), där TR metodiken var överlägsen. Liknande resultat har erhållits i andra studier (Jongbloed, 1993; Hayes, 1991). Detta visar att TR är mera effektiv för vissa typer av behandling och kan användas för att förbättra, komplettera eller avlasta inom vården.

Ett utbildningsprogram inom rekreation för personer med psykisk sjukdom, Reintegration Through Recreation (RTR) har givit goda resultat och bedömts av anhöriga och personal som ett effektivt program (Mahon m.fl. 1996).

En del vuxna personer med psykisk ohälsa som schizofreni, har försämrad social kompetens och en förminskad repertoar av intressen inom rekreation. Detta försvårar ett normalt liv och rehabilitering och sänker buffring och livskvalitet. Utbildning och rådgivning inom anpassad rekreation kan då ge goda effekter. Facktermerna för denna verksamhet är *leisure education* och *leisure counseling* om man vill söka i litteratur och databaser. Studier av Dworkin, m.fl. (1994) visar att ungdomar med risk att utveckla schizofreni också har denna förändring, däremot inte barn.

Riktad TR kan enligt Corrigan m.fl. (1993), ha god effekt på patienter med avvikande socialt beteende som stereotypiskt tal, hallucinatoriskt mumlande och skratt, grimaser m.m. Antalet avvikande beteenden minskade och socialt anpassat beteende ökade.

En grupp patienter med allvarlig och varaktig psykisk sjukdom bl.a. schizofreni, deltog i ett naturbaserat behandlingsprogram. Det var f.a. äventyrsinriktade aktiviteter som hiking, klättring, paddla kanot o likn. som pågick en dag/v i 9 veckor. Försöksgruppen fick en rad signifikanta, positiva förändringar som sänkt ångest och depression, förbättrad tillit och social förmåga (Iso-Ahola, 1994). Se också kapitlet om naturbaserade aktiviteter.

7.3 NATURBASERADE AKTIVITETER OCH PSYKISK HÄLSA.

En idag omfattande forskning visar att naturbaserade aktiviteter som friluftsliv, trädgårdsskötsel, bad-båt, fiske, jakt, bollspel m.fl. är extremt hälsofrämjande och stödjande. Detta gäller befolkningen i allmänhet, olika åldrar och i stor utsträckning funktionshindrade (Compton & Iso-Ahola, 1994; Norling, Schleien & Bender, 1993; Norling, 1996, 1999, 2001)

Från ett evolutionsperspektiv kan hävdas t.ex. att vi idag är lika våra förfäder, jägar- och fiskarfolken under stenåldern (Åstrand, 1986; Dustman, 1992; Diamond, 1983). Därför har vi stort behov av fysisk, social och psykisk stimulans för att må bra och naturen är sannolikt vår viktigaste stödjande och hälsofrämjande miljö.

Stora svenska folkhälsoundersökningar visar att naturbaserade aktiviteter som friluftsliv, trädgård-fritidshus, djur, har extremt höga hälsovärden för den svenska befolkningen (Norling, 1996, 1999).

Dessa och olika utländska visar entydigt att aktiviteterna och miljöerna är effektiva på att ge allsidig stimulans, rekreation, buffring, flow, varaktiga effekter och långvariga hälsofrämjande minneseffekter (Compton & Iso-Ahola; 1994, Moon – Hickman, 1994; Roberts, 1998; Sellans, 1998; Norling, 1996, 1999, 2001).

En annan viktig egenskap är att de naturbaserade aktiviteterna bidrar till att indirekt hålla uppe den fysiska aktivitetsnivån hos medelålders och äldre (35-) som inte är intresserade av renodlade fysiska aktiviteter som gymnastik, jogging och raska kvällspromenader. Att detta har stor betydelse för det psykiska hälsoläget visar analyser av effektkedjor t.ex. att höjning från låg till lagom fysisk aktivitetsnivå också förbättrar buffring och nivå inom depression och ångest (Compton & Iso-Ahola, 1994; Liv till åren, 1999, Norling, 1999).

Ledande forskare som Iso-Ahola (1994) hävdar att en hälsofrämjande livsstil där naturbaserade aktiviteter ingår, är det sannolikt främsta skyddet mot ohälsa, stress och andra riskfaktorer. Gerontologiska data, som en sorts livsfacit, pekar i samma riktning (Norling, 1999).

Jämförelser med populationsdata av grupper med hög/låg vårdkonsumtion, god/dålig psykisk hälsa o likn. visar i regressionsanalyserna att livsstilens rekreativ del har högst förklaringsvärde, före arbete, boende, ekonomi men också att naturbaserade aktiviteter dominerar inom rekreationen (Norling, Sullivan & Marklund, 1995; Norling, 1996, 1999). Resultat av denna typ kan också tolkas så att huvuddelen av vård och omsorg i befolkningen är egenvård och att rekreationens inriktning och omfattning har dominerande betydelse, f.a. den naturbaserade.

Studier av andra grupper funktionshindrade som utvecklingsstörda och fysiskt funktionshindrade visar att naturkontakt är viktigt för livskvalitet, allsidig aktivering, rehabilitering, integration m.m. Aktiviteter som camping tillhör de mest effektiva när det gäller att utveckla social kompetens, ADL, integration, sinnesstämning, livskvalitet och positiv inställning till behandling (Compton & Iso-Ahola 1994; Norling, Schleien & Bender, 1993). Det blir nu extra intressant att dokumentera forskningen inom området när det gäller psykisk hälsa.

Eftersom kopplingen till natur ingår i flera kapitel i rapporten, blir det en del upprepningar. Speciellt intresserade hänvisas till specialrapporter om äldre (Norling, 1999); om fiske (broschyr från Fiskeriverket, Kommunförbundet, Sportfiskarna, 1995; om hundar, Kennelklubben, 1991 samt senare publicerad broschyr om trädgård, Botaniska trädgården, Göteborg, 2001). Dessutom pågår en omfattande forskning i USA bl.a. av Bender, Brennan och Verhoven vars preliminära resultat är mycket intressanta men som vi inte hinner ta med i denna rapport.

Nedan refereras ett urval rapporter från 90-talet och slutet av 80-talet:

I boken *Wilderness Therapy: Foundations, Theory and Research* (1994) beskriver Davis – Berman m.fl. olika effektiva program som LIFE, Outward Bound speciellt inriktade på psykisk ohälsa, metoder, resultat m.m. Ger bra överblick och möjligheter att söka vidare.

Roberts m.fl. (1998), beskriver ett framgångsrikt australiskt program "Out Door Inc. Going Places Program, inriktat på psykosocial rehabilitering av vuxna mentalpatienter, från en dag till fyra månader. Utbildning ingår om ADL, social kompetens, fysisk förmåga m.m. och generalisering till vardagslivet betonas.

Ett annat australiskt naturbaserat TR – program refereras av Haynes & Gallagher, 1998, kallat "Wilderness Intervention Programs. Det är en samverkan mellan skola och kyrka och vänder sig till elever med psykisk ohälsa, lågpresterande och med beteendeproblem. Friluftsliv, camping, "bushwalking", kanotfärder och liknande ingår. Positiva resultat har erhållits t.ex. minskad övervikt som resultat av passiv livsstil, förbättrad social kompetens och utvecklat umgänge med kompisar, lärare

och familj. Andra viktiga länkar i effektkedjan noterades som bättre allmän kompetens, ökad motivation och livskvalitet (mera nöjd totalt).

Sallans (1998) beskriver det kanadensiska programmet Boundless Adventures, som har femdagars turer för personer med psykisk ohälsa. Ger goda effekter på viktiga delar i psykoterapi och rehabilitering som hopp, mening, självförtroende och inre kompetens.

TR program med inslag av äventyr i naturen har fått ökad omfattning p.g.a. goda resultat. Kelley m.fl. (1997), beskriver sådan verksamhet för personer med allvarlig och varaktig psykisk sjukdom. Aktiviteter som kanotfärder, hiking, klättring eller ta sig fram i grottor används med bra resultat. Exempel på signifikanta resultat är minskad ångest, depression och aggressivitet och ökad tillit, samverkan och empati.

Clark m.fl. (1991) har studerat effekterna av kanotfärder i älvar med psykiskt funktionshindrade. Resultat redovisas om ökad förmåga att uppleva glädje, prata med andra, ökad tillhörighet och integration, förändringar som förutsägs leda vidare i effektkedjan till förbättringar i psykisk och fysisk hälsa, buffring, oberoende och sänkta vårdkostnader.

En fransk populationsstudie av äldres hälsa visar att bl.a. trädgårdsskötsel var kopplad till lägre risk för demens (Fabrigoule m.fl. 1995).

Aktiviteter tillsammans med djur som katter, hundar och hästar kan räknas till de naturbaserade. Olika studier har påvisat ett brett spektrum av psykiska, sociala och fysiska effekter på psykiskt funktionshindrade. Djur är mycket viktiga inom den normala egenvården men används också utomlands i stor omfattning i s.k. Animal Assisted Therapy (AAT) och i besöksverksamhet med frivilliga, särskilt utbildade djurägare. Se härom kapitlet om djur.

Den naturbaserade aktivitetens erfarenheter och olika sinnesintryck från svampplockning, segling, fiske, liv vid sommarstugan, lagras och bearbetas i minnet. Att locka fram och bearbeta dessa minnen, ägnar vi normalt mer tid åt än själva utövandet. Ny forskning visar att minnesbearbetning ger viktiga positiva effekter t.ex. förbättrad sinnesstämning som i sin tur kan leda till en serie biokemiska och sociala, hälsofrämjande effekter (Hull, 1990; Tarrant m.fl. 1994). Dessa resultat har lett till en ökad och mera kvalificerad satsning på minnesbearbetning i grupp och förstärkning av minnesbilderna med t.ex. kamera för personer som har tal- och minnesstörningar.

Outward Bound Program (Marsh m.fl. 1987; Davis-Bermann, 1994), ger både omedelbara och varaktiga effekter på självkänsla, stresshantering och egenkontroll hos personer med psykisk ohälsa.

Kumpfer (1994), som har lång praktisk och teoretisk erfarenhet av psykoterapi för personer med psykisk ohälsa, hävdar att f.a. naturbaserad rekreation har goda effekter och förbättrar den traditionella metodiken på ett avgörande sätt. Detta gäller också för andra grupper som drogmissbrukare (Gillis, 1991); ungdomar i riskzonen (Gale, 1989); sexuellt utnyttjade ungdomar (Lais & Smith, 1988). Detaljer om metodfrågorna finns med i avsnittet 7.6 om rekreation och psykoterapi.

Moon-Hickman (1994) beskriver rekreationsrådgivning för deprimerade kvinnor och påpekar att de goda resultaten bl.a. lett till en ökad användning av naturbaserade inslag t.ex. i de obligatoriska övningarna i boendemiljön. Se vidare tidigare avsnitt om rekreation och depression bland kvinnor.

Stress bidrar i stor utsträckning till psykisk ohälsa. Egenvård, coping o.likn. är omfattande och rekreation tillhör de viktigare områdena. Vissa aktiviteter och miljöer fungerar speciellt bra att reducera stress och då speciellt de naturbaserade. Driver (1991) pekar på att dessa aktiviteter är effektiva när det gäller att reducera spänning, komma bort från fysiska stressorer och ge möjlighet till vila och avkoppling. Caltabiano (1988) har visat att man kan bedöma rätt väl vilka aktiviteter som ger bra stressreduktion för en själv.

7.4 DJUR OCH PSYKISK HÄLSA.

Umgänge med djur hör till naturbaserade aktiviteter och miljöer. Ungefär 1/3 av befolkningen har djur och dryga hälften har regelbunden kontakt med djur. Könsskillnaderna är stora när det gäller intresset för djur. Fler kvinnor i alla åldrar uppskattar kontakt med djur som hästar, hundar och kat-ter (Norling, 1991, 1996).

Svenska och utländska studier visar att personer som har ett aktivt umgänge med sällskapsdjur håller sig friskare, återhämtar sig bättre från sjukdom och har en mera aktiv, hälsofrämjande livs-stil. Stora folkhälsoundersökningar i Västsverige, 16 – 92 år, $n = c:a 8.000$ personer, visar att nära 50 % av yngre kvinnor anger högt hälsovärde för djur, vilket är dubbelt så högt som för män. För den manliga befolkningen har djur lika högt sammanlagt hälsovärde som kulturella aktiviteter d.v.s. c:a 20 % (Norling, 1996).

Motiv- och innehållsanalyser av umgänget med djur visar att det har extremt bred kapacitet att ge både psykisk, social och fysisk stimulans. Speciellt framhålls djurs förmåga att ge oreserverat socialt stöd och som i en hel del situationer fungerar bättre än med människor. För barn, ungdomar och vuxna med en störd relation till andra människor kan djur få stor och ibland avgörande betydelse (Norling, 1986, 1991, 1996).

Funktionshindrade har djur i större utsträckning än förväntat och rätt många skulle vilja ha umgänge med djur men kan eller vågar inte p.g.a. sina funktionshinder. Därför har organiserad besöksverksamhet med frivilliga hundägare hos handikappade och äldre i USA, England och Japan fått stor omfattning (Shibanai, 1995; Norling, 1991;).

Studier av djurs hälsoeffekter visar också på positiv inverkan på stressrelaterade sjukdomar och sådana som är relaterade till bristfällig social stimulans och passiv livsstil. Detta innebär rimligen att umgänge med djur som hälsofrämjande aktivitet och stödjande miljö har stor betydelse för folkhälsan som egenvård och förebyggande vård men också som hälsofrämjande insats för många funktionshindrade. Det blir därmed intressant att referera ett urval av den idag rätt omfattande forskningen inom området.

En stor australisk folkhälsostudie, $n = 5.741$, visar att den del av befolkningen som har sällskapsdjur, har bättre livsstilsrelaterad hälsa, som hjärt – kärl, lägre systoliskt blodtryck och plasmatriglycerider. Djurägarna har också lägre konsumtion av vård (8 – 12 % färre läkarbesök per år) och läkemedel f.a. för högt blodtryck, kolesterol, sömnsvårigheter och hjärtproblem. Skillnaderna tycks inte bero på andra bakomliggande faktorer. Den socioekonomiska profilen är lika hos ägare och icke ägare. Inte heller fanns skillnader i tänkbara orsaker som rökning, kroppsvikt eller matvanor (Jennings, 1995). Liknande resultat finns redovisade för den svenska befolkningen (Norling, 1991).

Levinsons studier av djur som assistenter i psykoterapi (Animal Assisted Therapy, AAT) visade positiva resultat vid behandling av psykiskt störda barn t.ex. autistiska. I dessa försök minskade hunden hotet, förbättrade det terapeutiska klimatet och fick tysta barn att tala (1969).

Tilsen (1998) har använt hund som assistent i individual – grupp- och familjeterapi med gott resultat. Klienterna aktiveras, öppnar sig och kommunikationen förbättras.

Positiva effekter har erhållits med AAT vid vård av äldre med demens och Alzheimer, f.a. depression och passivitet (Zaki, 1989; Baun, 1995).

AAT har prövats av Barker & Dawson, (1998) i försök att dämpa ångestnivån hos olika patienttyper intagna för psykiatrisk behandling. Signifikanta effekter erhöles och AAT rekommenderas.

Stewart (1995) har lång erfarenhet av AAT i psykoterapi. Hon hävdar att hundar har positiv inverkan

på de tre arbetsprinciperna: att vara rak och ärlig; vara accepterande och icke värderande samt att visa empati. Härmed påskyndas och förbättras terapin. Se vidare kapitlet om psykoterapi.

Stuart – Russel, (1995), vid The Attitudinal Healing Center, NY, USA, redovisar positiva resultat vid användning av AAT på vuxna som utsatts för fysiskt, psykiskt och sexuellt våld som barn bl.a. minskar risken att en våldsspiral utvecklas.

I Japan har under senare år besök med hundar hos äldre och handikappade utvecklats i stil med amerikanska erfarenheter. Verksamheten är nu mycket omfattande och positiv. Companion Animal Partnership Program (CAPP) sköter verksamheten med hjälp av 9.500 frivilliga, 3.000 veterinärer, 8.000 hundar, 3.000 katter och 800 andra djur (Shibanai, 1995).

AAT med hundar har prövats i olika projekt med psykotiska och autistiska barn. Genomgående redovisas positiva effekter bl.a. om språkutveckling, motorik, aggression, kroppskontakt och relation till personal (Philippe, 1995).

Enligt McNicholas, (1995), kan barn och vuxna med autism visa beteenden utmärkande för en nära relation till djur som de inte visar till anhöriga och personal t.ex. kommunikation, kroppskontakt, empati.

Green (1995) redovisar positiva resultat med AAT för psykiskt störda inom kriminalvården angående impulskontroll, social förmåga och bevakningsgrad.

Det finns en rätt omfattande forskning om användning av hästar, ridning, skötsel, umgänge i olika former av behandling. En väsentlig del gäller fysisk träning och sjukgymnastik. På senare år har rapporter kommit om hästens betydelse i behandlingen av personer med psykisk ohälsa som kronisk schizofreni och ätstörningar (Copeland – Fitzpatrick. 1995)

Tyska försök med ridning och hästskötsel som terapeutisk teknik för kroniskt schizofrena patienter har i kontrollerade försök visat sig ge signifikant sänkt ångest och depression, färre kognitiva störningar och sänkt aggressivitet (Scheidhacker, Bender & Vaitl, 1991) samt ökad självständighet i boendet (Grimm, 1997).

La Amistad Foundation har sedan 1974 bedrivit vård med AAT av kroniskt psykiskt sjuka vuxna. Vården sker tillsammans med djur i natur på en lantgård där djur skall skötas. Ett terapeutiskt ridprogram ingår. Erfarenheterna är goda (Malmstrom, 1995).

Svenska försök i mindre skala förekommer på olika håll. En liknande verksamhet som La Amistad är "Kvickroten". Den har utvecklats i Sollefteå av Allström (1998) för utvecklingsstörda med bra resultat.

Försök med enbart hästar och med inriktning på psykisk ohälsa har rapporterats av Håkansson från Vänersborg (1998); Stenvall från Skellefteå (1999) och Strömstedt (1999) samt Halvarsson & Ekström (2.000) från Östersund. Strömstedts ingår i samma projekt som denna rapport. Dessa försök har inte en strikt vetenskaplig uppläggning.

Genomgående rapporteras positiva effekter som kan sammanfattas enligt följande:

- effekterna är totalt sett mycket positiva,
- psykiska hinder som rädsla, panikångest och lågt självförtroende minskar,
- socialt stöd, gemenskap och integration förbättras,
- utveckling av en mera hälsofrämjande livsstil och inre kompetens,

- utveckling av intresse och motivation att ta sig ur vårdberoende och passivitet,
- förbättrad motorik, styrka och kroppskännedom med motion som vidare kan reducera ångest, depression och buffra mot stress,
- sänkta vård- och hemtjänstkostnader.

Ser vi den samlade forskningen är det uppenbart att gemenskap med djur ger och kan ge mycket goda effekter på psykisk ohälsa. Det vetenskapliga stödet för Håkanssons, Stenvalls, Strömstedts och Halvarsson & Ekströms praktiska erfarenheter är omfattande.

7.5 TV, PASSIV LIVSSTIL OCH PSYKISK HÄLSA.

Det är några aktiviteter inom rekreation som är speciellt intressanta. Naturbaserade och samvaro med sällskapsdjur får som exempel extra utrymme eftersom de har extremt goda och delvis unika effekter på psykisk hälsa. Dessutom finns ett rätt omfattande forskningsunderlag som förtydligar metoder, målgrupper och effektkedjor.

TV-tittande analyseras speciellt som exempel på en aktivitet som kan vara en riskfaktor i samband med psykisk ohälsa både på det psykiska, sociala och fysiska planet. Den passiva livsstilen som är klart hälsohotande, utmärks f.a. av omfattande TV-tittande (Norling, 1996).

I våra folkhälsostudier av befolkningen, 16 – 92 år, visar analyserna att personer med funktionshinder och sänkt psykisk hälsa, har mer omfattande och dominerande TV-tittande än den del av befolkningen som mår bättre och har lägre vårdkonsumtion (Norling, 1996, 1999). Se också statistik som redovisas tidigare i denna rapport .

Innehållsanalyser av olika rekreationsaktiviteter visar att TV är mer psykiskt, socialt och fysiskt lågstimulerande än de flesta andra aktiviteter (Norling, 1986, 1996). Att det är så socialt och fysiskt är ju rätt självklart. Personer som har en aktiv livsstil med en bred repertoar av stimulerande aktiviteter, kan välja passande program och kompensera för eventuell lågstimulering och få en bra total stimulans. Men för personer med en passiv livsstil och låg kompetens, som i huvudsak tittar på TV, håller på med TV-spel, lyssnar på musik, kan den totala stimulansen bli låg och hälsohotande. Här följer referat av några studier som belyser dessa risker.

Begreppet flow används internationellt som mått på aktivitetens stimulans- och rekreationseffekt. Enligt Csikszentmihalyi (1994) ger i snitt hobbies och sporter flow upp mot 50 % av tiden, naturbaserade ändå mer men TV endast 3 % av tiden.

Tiggeman & Pickering (1996) har studerat TV:s inflytande på unga kvinnors missnöje med sin kropp och behov av att vara magra och tunna med åtföljande ätstörningar. Det var f.a. programinnehållet som att se såpor och musikvideos som samvarierade med dessa störningar, däremot inte att se på sport.

En studie av depression och TV-tittande hos studerande visade högt samband. Deprimerade studerande tittade signifikant mer och kvinnor tittade mer än män. Deprimerade kvinnor tittade mest på såpor medan deprimerade män tittade mindre än normalt på sport (Dittmar, 1994).

En studie av äldre på vårdhem med och utan depression visade att båda grupperna ser mest på TV men den deprimerade gruppen tittade mer och tillbringade en stor del av dagen framför TV, var påtagligt passiviserad och understimulerad och svarade dåligt på behandling (Voelkl & Mathieu, 1993).

Kvinnor med fetma och ätstörning och låg fysisk aktivitetsnivå, löper förhöjd risk för psykisk ohälsa. I en studie av 4.771 kvinnor fann Tucker & Bagwell (1991) att de som tittade 3 tim. eller mer per dag hade dubbelt så hög frekvens fetma som de som tittade en timme eller mindre.

Dietz (1990) hävdar i en studie att c:a 1/4 av ökningen i fetma bland ungdomar orsakas av ökat TV-tittande. Sambandet med fetma ansågs högre än för anorexi och bulimi.

Fetma ökar bland befolkningen i Europa och bidrar till olika typer av ohälsa bl.a. psykisk. Olika behandlingsmetoder prövas och diskuteras och de samlade resultaten är inte speciellt uppmuntrande. Många menar att den fysiska aktivitetsnivån måste ökas men det visar sig svårt att få feta personer att ändra sin livsstil i den riktningen. I ett intressant försök av Epstein (1995) med feta barn och ungdomar 8-22 år, jämfördes ökad motion med minskad passivitet och blandning av båda. Att minska passivt beteende handlar bl.a. om att minska TV-tittande och liknande. Resultaten visade tydligt att alla metoder hade positiv effekt men gruppen som minskade passiv livsstil, hade de bästa resultaten på kort och lång sikt. De sänkte sitt kaloriintag och utvecklade en mera allsidig, aktiv livsstil som resulterade i minskad procent kroppsfett och därmed ökat skydd mot fetmarelaterad ohälsa.

Passiv livsstil och TV har uppmärksammats i närliggande sammanhang. Så t.ex. visar det sig att utvecklingsstörda vanligen utvecklar en hälsohotande, passiv livsstil som domineras av TV och musiklyssnande (Norling, Schleien & Bender, 1993; Persson m.fl. 1995). En liknande utveckling förekommer hos den äldre befolkningen vilket bl.a. leder till försämrat skydd mot depression och ångest (Norling, 1996; 1999).

7.6 ANKNYTNING TILL REKREATION FÖRBÄTTRAR PSYKOTERAPI.

En rad forskare och terapeuter har utvecklat traditionell psykoterapi genom att föra in rekreationsaktiviteter och miljöer. En mängd aktiviteter har prövats på olika klientgrupper med anknytning till psykisk ohälsa som kronisk psykisk sjukdom, lättare psykiska störningar, drogmissbruk, kriminella ungdomar och sexuellt utnyttjade ungdomar.

Erfarenheterna är goda, speciellt av naturbaserade aktiviteter och miljöer (Kumpfer, 1994; Ford, 1988). Metodiken har prövats i olika behandlingsmiljöer som särskilt boende, psykiatrisk institutionsvård, eget boende, familjeterapi och specialprogram för utbrända och för stressreduktion.

Aktiviteterna har varierat från att sitta ute, promenera under terapin, korta – långa utflykter, fiske, camping, vandring, båt – kanot, AAT. Se övriga avsnitt om naturbaserade aktiviteter, djur.

Några av fördelarna med psykoterapi kopplad till naturbaserad rekreation:

- förbättring av information och diagnostiska data. Terapeuten lever mera naturenligt tillsammans med klienter och anhöriga. Störningarna blir tydligare och mer lättolkade. Bilden av klientens känslor, förmågor, rädsla och coping blir mer holistisk eller fullständig. Beteendet i stressande situationer blir mera naturligt och klienten blir mindre vaksam. Psykometriskt uttryckt förbättras reliabilitet och olika typer av validitet som innehålls- och prognostisk validitet (Gillis m.fl. 1991),
- terapimiljön blir mindre krävande verbalt och emotionellt, mindre hotande och konstlad, ger bättre öppenhet och acceptans (Kumpfer, 1994). AAT är ett tydligt exempel,
- ger snabbare gruppbildning bl.a. beroende på trevliga, meningsfulla aktiviteter och miljöer som att leva enkelt och naturligt och stödja och hjälpa varann (Gillis & Bonney, 1989),

- ökar beteende- och attitydförändring, minskar asocialt beteende, förtydligar aggressioner, förbättrar social kompetens och problemlösning, ökar självförtroende, upplevd frihet och egen kontroll (Wickman, 1991; Swiderski, 1987; Sakofs, 1991; Huberstone & Lynch, 1991),
- kompetens, både inre och yttre, förbättras snabbare i samband med upplevelser av mening och syfte med tillvaron i naturmiljöer. Snabbare utveckling av psykisk, social och fysisk kompetens och emotionell kontroll har observerats (Werchman, 1991; Whittaker, 1991; Kumpfer, 1995),
- förbättring av personligt ansvar och etisk medvetenhet går lättare att utveckla liksom minskning av oansvarigt och manipulativt beteende. I camping och aktiva utflykter märks detta ganska snabbt liksom i ridning (Sakof, 1988; Smith, 1988; Wickman, 1991),
- terapeutiska situationer med naturbaserade utmaningar ger mer verklighetsanknytning, snabbare och tydligare feedback (Kumpfer, 1994),
- kopplingen av psykoterapi till naturbaserade aktiviteter ökar frekvensen flow hos klienterna eftersom dessa aktiviteter har extremt höga flowtal, c:a 60-70 % av tiden. Hög flowfrekvens skapar positiv sinnesstämning, kreativitet och minskar apati och ångest (Kobey & Csikszentmihalyi, 1990),
- naturanknytningen i psykoterapi skapar en ökad enighet i metodik och synsätt bland terapeuter med olika teoretisk bas. Kumpfer uttrycker det så att naturbaserad psykoterapi är kompatibel med olika teoribildningar bland t.ex. psykoanalytiker, beteendeterapeuter, familjeterapeuter, grupp- och processterapeuter, New Age och biomedicinskt orienterade terapeuter. I det senare fallet framhålls att naturen stimulerar till fysisk aktivitet, gemenskap, samarbete och coping. Detta påverkar psykisk och fysisk hälsa positivt genom att i effektkedjan förbättra neurotransmitter balansen, speciellt endorfiner, dopamin och serotonin (Miles, 1987; Kumpfer, 1994).

7.7 SAMMANFATTNING AV FORSKNING OM OLIKA TYPER AV INSATSER OCH HÄLSOEFFEKTER INOM TERAPEUTISK REKREATION FÖR PSYKISKT FUNKTIONSHINDRADE FRAM TILL 1991 (TEMPLE UNIV. SKALKO M.FL., 1991).

1 Motorisk förmåga.

Omfattande framgångsrika insatser refereras angående aktivering och träning med TR av balans, styrka, fin- och grovmotorik, handha redskap, statisk och dynamisk balans samt motorisk kompetens för olika rekreationsaktiviteter.

Goda effekter har konstaterats på bl.a. dementa och psykiskt störda barn med Schleiens 5-steps metod. Se härom Norling, Schleien & Bender, 1993. Utbildning (leisure education) för utveckling av fysisk kompetens är extremt viktig för olika funktionshindrade och fungerar särskilt bra med TR.

2 Fritidsutbildning och rådgivning.

Denna verksamhet är central och omfattande eftersom det visat sig att psykiskt funktionshindrade ofta saknar en rad påverkbara förutsättningar för att bli och vara allsidigt aktiva och bli integrerade i gemenskap.

Verksamheten handlar mest om att utveckla inre motivation, intressen, utveckla psykisk, social och fysisk kompetens, utveckla positiva värderingar och synsätt, få kunskap om egna resurser och möjligheter att förbättra tillvaron och om olika resurser i samhället.

Positiva effekter av denna verksamhet har konstaterats när det gäller utveckling av mera allsidigt

aktiv livsstil som i sin tur ger effektkedjor med förbättrad buffring, psykisk och fysisk hälsa, mera positiv tidsanvändning, mera positiv och samverkande lek hos barn och bra överföring av kompetens till hemmiljön s.k. generalisering.

3 Träning av social förmåga och kompetens.

Denna träning är omfattande bl.a. eftersom forskning visat att den sociala förmågan och anpassningen är mera betydelsefull än man tidigare uppfattat för integration, socialt stöd, accepteras på arbetsplatser, oberoende i samhället och utveckling av en hälsofrämjande livsstil. Exempel på områden är uppträdande, personlig hygien, social etikett, förmåga att umgås, problemlösning och direkt träning i rekreativa aktiviteter med socialt innehåll som camping och fester.

Effekterna blir goda och generaliseringen bra om träningen utförs i samband med rekreation. Rollspel ger bra effekter på kroppsspråk som ögonkontakt, röst och känslokontroll. Minskning observeras när det gäller hallucinatoriskt tal, avvikande kroppsspråk och annat bisart beteende.

4 Äventyr-utmaning.

Denna TR-verksamhet är omfattande och ökande. Handlar om aktiviteter och miljöer med emotionell och fysisk stress, riskbeteende för förändring av livsstil och attityder t.ex. camping, kanotfärder, överlevnadsprogram, ridning. Som exemplen visar är verksamheten vanligen naturbaserad.

Denna typ av TR-verksamhet ger bättre resultat än traditionella metoder, både för ungdomar och vuxna. Signifikanta effekter har erhållits angående samarbete, tillit, tolerans och acceptans, öppenhet, inställning till intervention, självkänsla, förtroende och coping. Andra effekter är också tydliga som ökad förmåga att leva oberoende samt sänkning av ångest och depression. En bieffekt av stor betydelse var att deltagarna blev mera mottagliga för andra typer av intervention t.ex. psykoterapi. För en del var äventyrsprogrammet en förutsättning.

5 Stresshantering-avspänning.

Här kan ingå olika aktiviteter med inslag av copingträning, social träning, fysiska aktiviteter och givetvis som ett inslag i fritidsutbildning. Ger ofta mycket positiva effekter f.a. om fysiska aktiviteter ingår. Viktigt att aktiviteten har god egenkontroll, inte har tävlingsinslag och gärna har rytmiska inslag. Har i jämförande studier visat sig vara lika eller mera effektivt än meditation och farmakologisk behandling.

6 Familjeterapeutisk rekreation.

Detta är en TR-verksamhet som är ökande. Den syftar till förbättrad samverkan inom och med hela familjen, acceptans och generalisering. Speciellt naturbaserade aktiviteter som "Family camps" ger bra resultat, bättre än passiv underhållning men det är viktigt att aktiviteterna är anpassade. Skalko m.fl. redovisar att goda resultat erhållits angående samverkan, sammanhållning, kommunikation och kan bli en bra bas för fortsatt intervention.

7 Skapande tekniker.

Den traditionella verksamheten omfattar sådant som skapande konst, drama, dans, filmning. Syftena är att öka självkänsla, medvetenhet, kommunikation, motorik och förmåga att uttrycka känslor. Enligt experterna vid Temple University är forskningen fram till 1991 ofullständig och ofta bristfällig metodiskt, mestadels s.k. anekdotisk evidens och fallbeskrivningar som saknar statistisk prövning, kontrollgrupp och generaliserbarhet. Därmed är det svårt att ge ett samlat tillförlitligt utlåtande om områdets resultat och nytta i termer av slutmått i effektkedjan som psykisk hälsa och livskvalitet.

8 Aktionsorienterad intervention.

Deltagarna samverkar i projekt t.ex. att bygga en båt, arkeologisk utgrävning. Syftar till psykisk, social och fysisk aktivering och träning. Forskningen om effekter är begränsad men verksamheten anses lovande.

9 Verklighetsorientering.

Den handlar om miljöanpassning och träning av förvirrade patienter och äldre. Forskningen är begränsad men verksamheten anses kunna bli bra med utprövad metodik f.a. för att minska förvirring och hallucinationer.

10 Remotivering.

Verksamheten går ut på att hjälpa labila patienter att via TR intressera sig för regelbundna, dagliga aktiviteter och mera positiva synsätt. Lite forskning hittills men en del positiva resultat rapporteras. Olika former av remotivering ingår ju också i annan verksamhet t.ex. fritidsutbildning – prövning – träning.

11 Fysisk stimulans och aktivering.

Här ingår mera renodlade fysiska aktiviteter som att simma, cykla, jogga men också bredare aktiviteter där både fysisk, psykisk och social stimulans ingår f.a. då naturbaserade som camping, ridning, kanoting och skidåkning. Helst bör deltagarna få 40 – 70 % av maxpuls under minst 10 min.

Effekterna av denna typ av TR är mycket positiva, många och breda. Positiv inverkan har konstaterats på ångest och depression, sinnesstämning, blodtryck, huvudvärk, migrän, ryggsmärta, övervikt, sömn och muskelspänning.

Deltagarna får ett förbättrat skydd (buffring) mot stress, depression m.m. och får lättare att bryta en ond cirkel med fysisk passivitet p.g.a. depression och biverkningar av psykofarmaka.

8 AVSLUTANDE KOMMENTAR

De resultat som växt fram under arbetet med dataanalyser och dokumentation bildar flera intressanta mönster.

Ett positivt mönster är att anpassade miljöer och aktiviteter inom rekreation kan få stora positiva effekter på psykisk hälsa och psykiska funktionshinder. Effektkedjorna innehåller breda samverkande psykiska, fysiska, sociala, medicinska och ekonomiska deffekter. Resultaten påminner i många avseenden om de som redovisats tidigare om äldres hälsa (Norling, 1999).

Ett negativt mönster utgör den förvetenskapliga nivån inom vård och omsorg för psykiskt funktionshindrade. Forskning saknas, vilket framgår av våra databassök och intresset för den helt dominerande utländska forskningen är svagt. Däremot satsas stora pengar på olika praktiska projekt som f. a. producerar s.k. anekdotisk evidens och som självdör när projektpengarna tar slut.

I nuläget är det därför viktigt att hämta vetenskapligt stöd i kvalificerad utländsk forskning. I rapporten har svenska populationsdata och mindre projektstudier t.ex. om djur och psykisk hälsa kombinerats med dokumentation av utländsk forskning. Härigenom har en rad hälsofrämjande miljöer och aktiviteter inom rekreation fått en stabil forskningsbas och relevansen för svensk verksamhet har stärkts.

WHO har länge påpekat att vården för att bli bättre, måste utvecklas f.a. utanför traditionell biomedicinsk vård, komma in tidigare som förebyggande och som egenvård samt betona påverkbara orsaker som hälsofrämjande miljöer och aktiviteter och då främst livsstil. Alla dessa perspektiv är starkt relaterade till miljöer och aktiviteter inom rekreation. Som framgår av rapporten har rekreation en väsentlig roll inom egenvård och buffring hos stora delar av befolkningen och goda effekter inom vård och omsorg. En utvecklad samverkan mellan rekreationssektorn och traditionell psykiatrisk vård kan innebära att vården når fler, kommer in tidigare, fungerar längre i eftervård, förbättrar resultaten och är etiskt tilltalande. Samtidigt kan avlastning och sänkta vårdkostnader uppkomma.

Den samlade forskningen bidrar enligt ledande experter som Compton och Iso – Ahola (1994) till en förskjutning inom teorier, synsätt och metodik, från ett statiskt biomedicinskt till ett mera pedagogiskt arbetssätt. Hälsofrämjande livsstil, optimal aktivering och stimulans, effektkedjor, inre motivation, egenkontroll, mening, individuell anpassning, utbildning och kompetens betonas eftersom de alla är relaterade till viktiga positiva effekter.

Skall någon teori framhållas förutom teorier inom inlärning och motivation så är det den moderna aktivitetsteorin (Norling, 1999). Den förordar en relativt hög och kontinuerlig psykisk, fysisk och social aktivitetsnivå och varnar för understimulering och passiv livsstil. Den har ett brett och ökande stöd från beteendevetenskaper som psykologi och pedagogik, från medicinska som fysiologi, neurologi, genetik och från historiska forskningsgrenar.

När det gäller effekter så är verkligheten inom området psykisk hälsa komplicerad både vad gäller effekttyper, kausalitet och orsakstyper. Några sätt att förbättra situationen har använts i rapporten. Populationsdata från hela befolkningen och resultat från kontrollerad klinisk forskning kombineras t.ex. för naturbaserade aktiviteter, projektstudier utan vetenskaplig kontroll som redovisar "anekdotisk evidens" undviks där stabilt externt forskningsstöd saknas. Svenska populationsdata kommer från stora folkhälsoundersökningar på upp mot 10 000 personer i åldrarna 16 – 92 år och metoden är standardiserad och testad angående olika typer av tillförlitlighet t.ex. SF – 36, H 70:s metodik liksom SCB:s.

Vårdpersonal och forskare använder olika språk och termer för effekter och orsaker, främst styrt av utbildning och teoretisk preferens. Språkförbistringen är besvärande och bidrar till oklarhet och försämring av information och samverkan. Det har varit vanligt i kontakten med olika företrädare att en viss typ av effekter som psykiska, fysiska, medicinska eller ekonomiska använts isolerat som enda mått utan anknytning till de andra trots att alla är relaterade mått på samma sak. Därför har begreppen effektkedja och länk använts och exemplifierats i rapporten. Även om de inte är perfekta t.ex. att förtydliga återkopplingar i kedjan s.k. feed back loops, så är mycket vunnet om vi hjälps åt att utveckla tydliga exempel på kedjor. Då har vi lättare att förstå varann och hur psykiska, fysiska, sociala, medicinska och ekonomiska effekter, miljöer och aktiviteter åtminstone i grova drag hänger ihop. Därmed suddas också den konstruerade skillnaden mellan själsligt och kroppsligt ut enligt en kommentar från en manusgranskare.

9 REFERENSER

AFIRAC (1995): Animals, Health and Quality of Life. Abstract Book och Professional Development Forum. 7th international conference on human- animal interactions, Geneva 1995.

Allström, K (1998): Rapporter om projekt Kvickroten, Sollefteå kommun.

Andel van & Pothoven. (1995): Case histories focusing on clients with depression: Practice issues. Ther. Recr. J. 29:4.

Annand,V. (1994): Therapeutic Recreation Treatment in Psychiatry. Se Compton.

ATRA, American therapeutic Recreation Association (1994): Recreational Therapy: A Summary of Health Outcomes. Översättning 1996 av Norling.

Bandura & Walters. (1963): Social learning and personality development. NY: Holt, Rinehart & Winston.

Barker & Dawson. (1998): The effects of animal-assisted therapy (AAT) on anxiety ratings of hospitalized psychiatric patients. Psychiatric Services, 49:6.

Baun,M. (1995): The effect of a therapy dog on socialization and physiologic indicators of stress in persons diagnosed with Alzheimers disease. Se AFIRAC.

Bullock & Luken, (1994): Reintegration Through Recreation: A Community Based Rehabilitation Model. Se Compton.

Caltabiano, M. (1988): The effect of predisposing variables and leisure on the relationship between stressful events and illness symptomatology. Avh. James Cook Univ. Australien.

Charlton & Gunter.(1999): TV - violence effects: Exceptionally vulnerable viewers?

Clark, Goering & Tomlinson.(1991): Client perceptions of white water canoeing. Psychosocial Rehabilitation Journal, Vol 14, 5p.

Csikszentmihalyi,M. (1994): The Consequences of Leisure for Mental Health. Se Compton.

Compton,D (1994): Leisure and Mental Health: Context and Issues. I Compton & Iso-Ahola, (Ed): Leisure & Mental Health, Family Development Resources, Inc. UT, USA

Compton & Iso-Ahola, Ed. (1994): Leisure & Mental Health. Se Compton.

Copeland - Fitzpatrick,J. (1995): Hippotherapy and therapeutic riding – A review of the different schools and evidence of efficacy relative to other therapies. Se AFIRAC.

Coppenolle van, Pieters m.fl. (1993): Psychomotor therapy in depressive patients. Issues in spec. educ. and rehabilitation. 8:2.

Corrigan, Liberman & Wong. (1993): Recreational therapy and behavior management on inpatient units: Is recreational therapy therapeutic? J. Nervous and Mental Disease. 181:10.

Coyle, Kinney, Riley & Shank.(1991): Benefits of Therapeutic Recreation, A consensus View. Temple University och National Institute On Disability and Rehabilitation Research (NIDRR), Washington DC.

Coyle, Shank m.fl. (1993): Psychsocial functioning and changes in leisure lifestyle among individuals with chronic secondary health problems related to spinal cord injury (SCI). Ther. Recr.J. 27:4.

Davis-Berman,J & Berman,D. (1994): Wilderness Therapy: Foundations, Theory and Research. Kendall/Hunt Publ. Co, IA, USA

Dietz,W. (1990): You are what you eat: What you eat is what you are. J. Adolescent Health Care. 11,1.

Dittmar,M-L. (1994): Relations among depression, gender and television viewing of college students. J. Soc. Behav. and Personality. 9:2.

Driver m.fl. (1991): The paragraphs about leisure and recreation experience preference scales. I Driver, Brown & Petersen, Eds. Benefits of Leisure, State College, PA, Venture.

DSM-IV (1994): The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition

Dupuis & Alison. (1995): Family leisure programs in institutional care settings: Buffering the stress of caregivers. Ther. Recr. J. 29:3.

Durham,T. (1997): Work-related activity for people with long-term schizophrenia: A review of the literature. Brit. Jour. Occ. Therapy, 60:6.

Dustman, R. E. (1992): Exercise and mental health. Paper presented at the third Annual Sport Psychology Symposium, Univ. Utah. Salt Lake City.

Dustman, Hanover & Shearer. (1994): Exercise and Health in the Elderly. Se Compton.

Dworkin, Lewis m.fl. (1994): Social competence deficits in adolescents at risk for schizophrenia. J. Nervous and Mental Disease. 182:2.

Epstein, Valoski m.fl. (1995): Effects of decreasing sedentary behavior and increasing activity on weight change in obese children. Health Psych. 14:2.

Fabrigoule, Letenneur m.fl. (1995): Social and Leisure activities and risk of dementia: a prospective longitudinal study. J. Am . Geriatr. Soc. vol43,5, 6p.

Finnell, Card & Menditto. (1997): A comparison of appropriate behavior scores of residents with chronic schizophrenia participating in therapeutic recreation services and vocational rehabilitation services. Ther. Recr. J. 31:1.

Gale,N. (1989): Positive self-esteem can protect Native American Youth. How can we help? Washington, DC. Native American Development Corp.

Gillis & Bonney, (1989): Utilizing adventure activities with intact groups: A sociodramatic systems approach to consultation. J. Menral Health Counseling, 11,4.

Gillis & Simpson,(1991): Project choises: Adventure-based residential drug treatment for court – referred youth. J. Of Addictions and Offender Counseling, 12.

Green,D. (1995): AAT: An effective part of the rehabilitation program for residents of a maximum security forensics unit. Se AFIRAC.

Greenfield & Senecal. (1995): Recreational multifamily therapy for troubled children. Am. J. Orthopsychiatry. 65:3.

Hall,E.(1994): Exercise and Depression: Beyond Physical Fitness. Se Compton.

Halvarsson & Ekström (2000): Ridterapi. Jämtlands Läns Landsting.

Hayes, Halford m.fl. (1991): Generalization of the effects of activity therapy and social skills training on the social behavior of low functioning schizophrenic patients. Occup. Ther. in Mental Health. 11:4.

Haynes & Gallagher. (1998): The Wilderness Intervention Program: Change through Mentoring. 7p. Se Roberts et al.

Huberstone & Lynch, (1991): Girl concepts of themselves and their experiences in outdoor education programs. J. Adventure Education and Outdoor Leadership, 8,3.

Hughes & Keller. (1992): Leisure education: A coping strategy for family caregivers. Review. J. Geront. Social Work. 19:1.

Hull,R,B. (1990):Mood as a product of leisure: Causes and consequences. J. Leis. Res, 22.

Håkansson, M (1998): Vad kan man lära av kroppskännedomsträning till häst. Nord. Fysioterapi.

Iso-Ahola,S. (1994): Leisure Lifestyle and Health. Se Compton.

" & Hayllar,B.(1994): Leisure, Drug Use and Life Satisfaction. Se Compton.

Jennings,G. (1995): Animals and Cardiovascular Health. Se AFIRAC.

Jongbloed,L. (1993): Evaluating the efficacy of OT intervention related to leisure activities. Canadian J. Rehab. 7:1.

Kastrinos,G.(1994): Integration of Inpatient Group Psychotherapy Models and Therapeutic Recreation in Acute Psychiatric Settings. Se Compton.

Kelley, Coursey & Selby. (1997): Therapeutic adventures outdoors: A demonstration of benefits for people with mental illness. Psychiatric Rehabilitation Journal, Vol.20(4), 12p.

Kubey & Csikszentmihalyi. (1990): Television and the quality of life. Hillsdale, Erlbaum.

Kumpfer,K. (1994): The Efficacy of Leisure in Psychotherapy. Se Compton.

" (1995): Developing resiliency to AOD use: Introduction and historical overview. In Kumpfer, Ed. Promoting AOD resiliency in high risk youth. Office of Substance Abuse Prevention, MD.

Levinson,B. (1969): Pets and Human Development. Springfield Publ. Illinois.

Lewinsohn. P. M. (1974): A behavioral approach to depression. I Friedman & Katz, Ed. The Psychology of Depression: Contemporary Theory and Research. NY, Wiley.

Mahon, Bullock m.fl. (1996): Leisure education for persons with severe and persistent mental illness: Is it a socially valid process? (om RTR - programmet. Ther. Recr. J. 30:3.

Malmstrom,L. (1995): Humans and animals in a mental health community. Se AFIRAC.

Marsh m.fl. (1986): Multidimensional self concepts: the effects of participation in an Outward Bound Program. J. Personality and Social Psych. 50.

McNicholas,J. (1995): Relationships between young people with autism and their pets. Se AFIRAC.

Miles,J. (1987): Wilderness as healing place. J. Experiential Education, 10,3.

Moon Hickman,C. (1994): Leisure Counseling and Depressed Women. Se Compton.

Morris & Ellis. (1993): The attributional basis of perceived freedom in leisure (major depression). Ther. Recr. J. 27:3.

Norling, Schleien & Bender.(1993): Fritid och rekreation för utvecklingsstörda. FUB och Göteborgs Universitet.

Norling,I.(1990): Hundens betydelse. Sv. Kennelklubben och Göteborgs Universitet.

Norling,I. (1996): Hälsa och fritid. Studier i 10 kommuner av samspelet mellan hälsoläge, livsstil och ekonomiska faktorer. CEFOS, Göteborgs Universitet.

Norling,I. (1999): Om hur fritid - kultur - rekreation påverkar äldres hälsa. Sektionen för vårdforskning, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg och Svenskt nätverk för lokalt folkhälsoarbete, Svenska Kommunförbundet.

Norling, I. (2001): Naturens och trädgårdens betydelse för hälsa och livskvalitet. Botaniska trädgården i Göteborg och Sektionen för vårdforskning, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg.

Patrick,G. (1994): A Role for Leisure in Treatment of Depression. Se Compton.

Pearson,Q. (1998): Job Satisfaction, Leisure Satisfaction and Psychological Health. Career Dev. Quaterly, Vol 46:4.

Pelham, Campagna m.fl. (1993): The effects of exercise therapy on clients in a psychiatric rehabilitation program. Psycosocial Rehab. J. 16:4.

Persson & Langeen (1995): Fritid och hälsoläge för föräldrar till utvecklingsstörda barn. Malmöhus läns landsting, Fritid Lund.

Pestle, Card & Menditto. (1998): Therapeutic recreation in a social learning program: Effect over time on appropriate behaviors of residents with schizophrenia. Therapeutic Recreation Journal, 32:1.

Philippe,S. (1995): Animal Assisted Therapy with dogs for psychotic and autistic children. Se AFIRAC.

Rifkin,L.(1994): The Importance of Leisure to the Recovery Process. Se Compton

Roberts,B; Horwood,S m.fl. (1998): Adventure with Adults Living with Psychiatric Disabilities, 9p.

I Proceedings of the International Adventure Therapy Conference, Perth, Australien, 1997.

Roder, Jenull & Brenner. (1998): Teaching schizophrenic patients recreational, residential and vocational skills. Int.Rev. Psychiatry, 10:1.

Russionello,C.(1994): Recreational Therapy: A Medicine Model. Se Compton.

Russo, N (1985): A women´s mental health agenda, APA.

Sallans,D. (1998): Inventing Hope: Working with the Mentally Ill in Outdoor Adventure. The Voice fo Adventure Education, Vol. 34, 5p.

Sakofs & Schuurman, (1991): Assessing the impact of the wilderness alternative for youth program: An Outward Bound program for adjudicated youth. Greenwich, CN: Outward Bound, Inc.

Sandell,G.(1998): Göteborgarnas psykiska ohälsa, Manus. Samhällsmedicinska expertrådet, Göteborgs stad.

Saul,S. (1993): Therapeutic group activities with Alzheimer´s patients. Loss, Grief and Care. 6:4.

Scheidhacker, Bender & Vaitl. (1991): Die Wirksamkeit des therapeutischen Reitens bei der Behandlung chronisch schizophrener Patienten: Experimentelle Ergebnisse und klinische Erfahrungen. Nervenarzt. 62:5.

Shibanai,H. (1995): Effects of companion animal partnership program activities on japanese society. Se AFIRAC.

Siegenthaler,K. (1997): Health Benefits of Leisure. Research Update. Parks and Recreation, Vol. 32.

Skalko, van Andel & de Salvatore.(1991): The Benefits of Therapeutic Recreation in Psychiatry, kap 8. Se Coyle et.al.

SOU 1999:137: Hälsa på lika villkor - andra steget mot nationella folkhälsomål.

Stenvall, L (1999): Hästkraft. Skellefteå Kommun.

Stewart,M. (1995): Dogs as natural counsellors. Se AFIRAC.

Strömstedt, J (1999). Informationsmaterial. Insatser för psykiskt funktionshindrade. Östersunds Kommun.

Stuart-Russell,R. (1995): The animal – human bond as a reparative tool in working with adults who have survived violent childhoods. Se AFIRAC.

Sullivan,M & Karlsson,.(1994): SF-36 Hälsoenkät, Svensk manual och tolkningsguide, Sekt. för vård-forskning, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg.

Swiderski,M. (1987): Soft and conceptual skills. I Robb, Ed. The Bradford Papers, Vol.2. Indiana Univ. Dept. Of Recreation and park Administration.

Tarrant m.fl.(1994): Recollections of Outdoor Recreation Experiences: A Psychophysiological Perspective. J. Leisure Res.26, 4.

Thomas, Dunne & Hitzhusen, (1994): Project LIFE: A Leisure Delivery Model. Se Compton.

Tiggeman & Pickering. (1996): Role of television in adolescent womens body dissatisfaction and drive for thinness. Intern. J. Eating Disorders. 20:2.

Tilsen, J.(1998): Vignettes from the Doghouse: Tales of Canine Co-Therapy. Journal of Family Life, Vol 4:4.

Tucker & Bagwell. (1991): Television viewing and obesity in adult females. Am. J. Public Health. 81:7.

Wichmann,T. (1991): Of Wilderness and circles: evaluating a therapeutic model for wilderness adventure programs. J. Experiential Education, 14,2.

Whittaker,T. (1991): Recreation and the outdoor educator: A means of integration for people with physical disabilities. In Employee Preparation towards 2001, Conf. Report.

Voelkl & Mathieu. (1993): Differencies between depressed and non-depressed residents of nursing homes on measures of daily activity involvment and affect. Ther. Recr. J. 27:3.

Zaki,G (1989): Aging and pet facilitated therapy: applications for Alzheimers patients and their caregivers. Monaco Conf. Rep.

Åstrand & Rodahl (1986): Textbook of work physiology, NY, McGraw-Hill.